

BKK24 -

:

**Telefon:**

**Telefax:**

**E-Mail:**

**Sie erreichen uns persönlich:**

BKK24-Hauptverwaltung – 31681 Obernkirchen

**Postanschrift für schriftliche Anliegen:**

BKK24 | 31681 Obernkirchen

**Ihr Zeichen:**

**Datum:** 01.12.2022

## **Antrag auf Erstattung von Fahrkosten**

vielen Dank für Ihre Anfrage vom .

Gern prüfen wir für Sie, ob wir uns anteilig an Ihren Fahrkosten beteiligen dürfen. Sie können uns dabei helfen. Das beigefügte Formular enthält neben wichtigen Informationen auf der Rückseite, auch einige Fragen an Sie und Ihre behandelnde Ärztin/ behandelnden Arzt.

Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Informieren Sie uns, wenn wir Sie bei der Beantwortung der Fragen unterstützen können. Für Sie nehmen wir uns die Zeit.

Mit freundlichen Grüßen

**PS: Besuchen Sie auch unser Gesundheitsportal unter [www.bkk24.de](http://www.bkk24.de). Es lohnt sich!**

**=> Bitte Rückseite beachten!**

## **Merkblatt Fahrkosten**

### **Allgemeines:**

Die BKK24 übernimmt die Kosten für Fahrten die im Zusammenhang mit einer Hauptleistung (z.B. Krankenhausbehandlung) stehen. Als notwendig und erforderlich sind Fahrkosten grundsätzlich bis zu der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsstätte anzusehen. Der Arzt trifft die Entscheidung über das medizinisch notwendige Beförderungsmittel und die Notwendigkeit einer eventuellen Begleitperson.

### **Umfang der Fahrten:**

Die BKK24 übernimmt Fahrkosten zur

- ⇒ stationären Behandlung im Krankenhaus
- ⇒ Vorsorgeeinrichtung, sofern die BKK24 Kostenträger der Maßnahme ist (ohne Gepäckkosten und Reservierungen)
- ⇒ Rehabilitationseinrichtung, sofern die BKK24 Kostenträger der Maßnahme ist
- ⇒ vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (vorstationäre Behandlung max. 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn / nachstationäre Behandlung max. 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung)
- ⇒ teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)
- ⇒ ambulanten Operation (§ 115b SGB V)
- ⇒ ambulanten Behandlung in besonderen Ausnahmefällen

### **Ausnahmefall (nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse):**

Ein besonderer Ausnahmefall in diesem Sinne kann vorliegen bei Fahrten

- ⇒ zur ambulanten Dialysebehandlung
- ⇒ zur onkologischen Strahlentherapie und/oder parenteralen onkologischen Chemotherapie
- ⇒ zur Behandlung mit vergleichbarem Schweregrad und vergleichbarer Behandlungsintensität wie bei Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- oder Chemotherapie mit hoher Behandlungsfrequenz über einen langen Zeitraum (mind. 2 x wöchentlich über 6 Monate)  
Der Patient muss dabei so beeinträchtigt sein, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Seele unerlässlich ist.
- ⇒ für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung, „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit) haben
- ⇒ für Versicherte mit Pflegegrad 3 mit Nachweis der Beeinträchtigung der Mobilität oder dem Pflegegrad 4 oder 5
- ⇒ für Versicherte ohne Schwerbehindertenausweis, die in ihrer Mobilität jedoch vergleichbar eingeschränkt sind und mindestens 6 Monate ambulant behandelt werden müssen.

### **Kostenübernahme:**

Eine Kostenübernahme erfolgt bei Nutzung eines

- ⇒ öffentlichen Verkehrsmittels in Höhe des Fahrpreises 2. Klasse unter Ausschöpfung von Fahrpreismäßigungen
- ⇒ privaten Pkw für jeden Kilometer (kürzeste Strecke) 0,20 € gemäß des Bundesreisekostengesetzes, sofern die Kosten für ein öffentliches Verkehrsmittel nicht überschritten werden und eine medizinische Notwendigkeit besteht

### **Zuzahlung:**

Eine Zuzahlung ist in Höhe von 10% des Fahrpreises je Fahrt zu leisten, mindestens jedoch 5,00 € und höchstens 10,00 €, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Fahrpreises.

Hin- und Rückfahrt sind getrennte Fahrten. Das bedeutet, Zuzahlung fällt sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt an. Bei Fahrten zur ambulanten Operation bzw. zu vor- nach- und teilstationären wird eine Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt entrichtet. Eine Zuzahlungsverpflichtung besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Eine Erstattung kann daher nur in der Höhe des Betrags erfolgen, welcher die Zuzahlung überschreitet.

BKK24  
Sülbecker Brand 1  
31683 Obernkirchen

Versicherter: ,  
KV-Nr.:

## 1. vom Arzt auszufüllen

### Antrag auf Fahrkostenerstattung

Die Fahrten waren erforderlich aufgrund:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vollstationärer Krankenhausbehandlung               | <input type="checkbox"/> ambulanter Dialysebehandlung       |
| <input type="checkbox"/> teilstationärer Krankenhausbehandlung (Tagesklinik) | <input type="checkbox"/> amb. onkologische Chemotherapie    |
| <input type="checkbox"/> vor- und/oder nachstationärer Krankenhausbeh.       | <input type="checkbox"/> amb. onkologische Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> stationärer Vorsorgemaßnahme                        | <input type="checkbox"/> ambulanter Behandlung              |
| <input type="checkbox"/> stationärer Rehabilitationsmaßnahme                 |   |

ambulanter Operation (§ 115b SGB V) OPS-Code: \_\_\_\_\_ Operationstag: \_\_\_\_\_

Vorbehandlung: \_\_\_\_\_ Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel u. Unterschrift Ärztin/Arzt

## 2. vom Versicherten auszufüllen

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, BI oder H?

Nein  Ja; bitte Kopie beifügen.

Steht die Fahrt im Zusammenhang mit:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - einem Unfall oder einer Unfallfolge?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - einem Versorgungsleiden?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - einer Berufskrankheit/eines Arbeitsunfalls? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgende Bankverbindung:

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber(in)

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und bestätige, dass eine Fahrkostenerstattung für den genannten Zeitraum bislang nicht beantragt wurde. Alle notwendigen Nachweise (z.B. Fahrscheine) habe ich beigefügt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

### Hinweis zum Datenschutz

Die Erhebung der Daten ist zur Erfüllung unserer Aufgaben nach dem § 60 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

=> Bitte Rückseite beachten!

**Antrag auf Fahrkostenerstattung**

**1. vom Arzt auszufüllen**

Die Patientin/Der Patient wurde an folgenden Tagen behandelt; aus medizinischen Gründen war die Benutzung folgender Transportmittel erforderlich:

	Datum der Fahrt	Transportmittel	Begleitperson
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Privat PKW <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel u. Unterschrift Ärztin/Arzt

BKK24  
Sülbecker Brand 1  
31683 Obernkirchen

Versicherter: ,  
KV-Nr.:

## 2. vom Versicherten auszufüllen

Ich bitte um Erstattung folgender Fahrt/en:

	Datum der Fahrt	von	nach	Fahrtpreis* bei Benutzung Bus, Bahn	Kilometer (einfach) bei Benutzung Privat Pkw
Hinfahrt					
Rückfahrt					
Hinfahrt					
Rückfahrt					
Hinfahrt					
Rückfahrt					
Hinfahrt					
Rückfahrt					
Hinfahrt					
Rückfahrt					
Hinfahrt					
Rückfahrt					
Hinfahrt					
Rückfahrt					

\* bitte Belege beifügen!