

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten, Medikamenten oder Heilmitteln

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Versicherungsnummer	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)
Name, Vorname des Angehörigen	Geburtsdatum des Angehörigen

IBAN	BIC
Geldinstitut	Kontoinhaber

Ich beantrage die Erstattung folgender Kosten:

- Fahrten zur ambulanten/stationären Behandlung (siehe Rückseite)
 Eigenanteile bei Medikamenten und Heilmitteln

oder ...

in Höhe von EUR. Originalbelege sind beigelegt.

Die Kosten stehen im Zusammenhang mit einem

- Arbeits-/Wegeunfall sonstigem Unfall Versorgungsleiden

<input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Salus BKK
Barfußgäßchen 15
04109 Leipzig

Nachweis geleisteter Fahrtkosten

Bei Fahrten mit dem Taxi, Mietwagen, PKW oder Krankentransport ist zusätzlich zu diesem Antrag eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Verordnung über Krankentransport) vorzulegen.

Datum der Fahrt	Transportmittel	Fahrtweg		Km (gesamt) bei Privat-PKW	Fahrtkosten Eigenanteil (EUR)	Bestätigung des behandelnden Arztes Datum, Stempel, Unterschrift
		von	nach			
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
					0	
					Summe	

➔ Bestätigung des Arztes, falls Begleitperson erforderlich war:
 Hiermit bestätige ich, dass eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig war.

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes