



Bitte Versicherungsnummer angeben:

Teamnummer
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Antrag auf Erstattung von Reisekosten für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Klinik _____

Die Maßnahme wurde wie folgt durchgeführt stationär
 ambulant

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Die **Hinfahrt** erfolgte am _____

Mit dem PKW einfache Strecke: _____ Kilometer

öffentlichen Verkehrsmittel. Die entsprechenden Belege habe ich im Original beigelegt.

Für die Hinfahrt war eine Begleitperson medizinisch erforderlich:

nein

ja und die entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei liegt Ihnen bereits vor

Die **Rückfahrt** erfolgte am _____

Mit dem PKW einfache Strecke: _____ Kilometer

öffentlichen Verkehrsmittel. Die entsprechenden Belege habe ich im Original beigelegt.

Für die Rückfahrt war eine Begleitperson medizinisch erforderlich:

nein

ja und die entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei liegt Ihnen bereits vor

Bankverbindung
Geldinstitut
Kontoinhaber

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Abgabe einer inhaltlich unrichtigen Erklärung mit dem Ziel, unberechtigterweise Leistungen zu erhalten, strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift