

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR

--

Deutsche Rentenversicherung

## Reisekosten anlässlich einer stationären Leistung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

<input type="checkbox"/> zur medizinischen Rehabilitation	<input type="checkbox"/> zur Prävention
<input type="checkbox"/> zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> zur onkologischen Rehabilitation

### 1 Angaben zur reisenden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum

### Folgende Reisekosten mache ich geltend:

Anreise am	Abreise am
Tag    Monat    Jahr	Tag    Monat    Jahr
<b>Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel</b>	<b>Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel</b>
<input type="checkbox"/> Bahnfahrkarte	<input type="checkbox"/> Bahnfahrkarte
<input type="checkbox"/> Sitzplatzreservierung	<input type="checkbox"/> Sitzplatzreservierung
<input type="checkbox"/> Gepäckbeförderung	<input type="checkbox"/> Gepäckbeförderung
<input type="checkbox"/> Sonstige öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Sonstige öffentliche Verkehrsmittel
<b>Fahrkosten für die Nutzung eines Kraftfahrzeugs</b>	<b>Fahrkosten für die Nutzung eines Kraftfahrzeugs</b>
<input type="checkbox"/> gefahrene Kilometer: _____	<input type="checkbox"/> gefahrene Kilometer: _____
<b>Sonstige Fahrkosten</b>	<b>Sonstige Fahrkosten</b>
<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Taxi
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 1

Anreise	Abreise
<b>Verpflegungsgeld bei einer Fahrzeit von mehr als 8 Stunden</b>	<b>Verpflegungsgeld bei einer Fahrzeit von mehr als 8 Stunden</b>
Abfahrt vom Wohnort um _____ Uhr	Abfahrt von der Klinik um _____ Uhr
Ankunft an der Klinik um _____ Uhr	Ankunft am Wohnort um _____ Uhr

- Die Anreise erfolgte mit einer **bewilligten** Begleitperson für die gesamte Rehabilitation.
- Die Anreise erfolgte mit einer **bewilligten** Begleitperson für die Anreise (Reisebegleitung).
- Die Abreise erfolgt / erfolgte mit einer Begleitperson.

**Sofern ein Reha-Reiseservice angeboten wurde:**

- Ich habe keine Fahrkarte von DB Dialog / DB Vertrieb erhalten.
- Ich habe keine Gepäckscheine von DB Dialog / DB Vertrieb erhalten.
- Die Fahrkarte von DB Dialog / DB Vertrieb für die Anreise habe ich zurückgesandt.
- Die Fahrkarte von DB Dialog / DB Vertrieb für die Abreise habe ich zurückgesandt.
- Die Gepäckscheine von DB Dialog / DB Vertrieb für die Anreise habe ich zurückgesandt.
- Die Gepäckscheine von DB Dialog / DB Vertrieb für die Abreise habe ich zurückgesandt.

**2 Von der Rehabilitationseinrichtung ausgezahlte Reisekosten**

	Reisekosten für die Anreise	Reisekosten für die Abreise
	EUR      Cent	EUR      Cent
1. Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln	EUR      Cent	EUR      Cent
2. Gepäckkosten (maximal 2 Gepäckstücke pro Person ohne Sonderleistung)	EUR      Cent	EUR      Cent
3. Sitzplatzreservierung	EUR      Cent	EUR      Cent
4. Kraftfahrzeug (Hinfahrt und Rückfahrt) 0,20 EUR je Kilometer; Höchstbetrag insgesamt 130 EUR	EUR      Cent	EUR      Cent
5. Kosten für Taxi	EUR      Cent	EUR      Cent
6. Verpflegungsgeld	EUR      Cent	EUR      Cent
7. sonstige Kosten	EUR      Cent	EUR      Cent
8. Kosten für die Begleitperson	EUR      Cent	EUR      Cent
<b>Erstattungsbetrag gesamt</b>		EUR      Cent



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

### 3 Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung

Der unter Ziffer 2 genannte Erstattungsbetrag wurde ausgezahlt. Entsprechende Nachweise lagen vor.

Die unter Ziffer 1 von der Versicherten / dem Versicherten geltend gemachten Reisekosten wurden nicht ausgezahlt.

Die Begleitperson war für die Abreise medizinisch erforderlich:  nein  ja

Wurde für die Abreise ein Transportmittel ärztlich angeordnet?  nein  ja

Wenn ja, Art des Transportmittels: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung

### 4 Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich habe den unter Ziffer 2 genannten Erstattungsbetrag von der Rehabilitationseinrichtung erhalten.

Ich bitte die Deutsche Rentenversicherung um Erstattung des Betrags auf folgendes Konto (die entsprechenden Belege sind beigefügt):

IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben eine Rückforderung zur Folge haben können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



