Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Reisekosten anlässlich einer stationären Leistung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

☐ **zur medizinischen Rehabilitation**
☐ **zur Prävention**
☐ **zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche**
☐ **zur onkologischen Rehabilitation**

1 Angaben zur reisenden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum

Folgende Reisekosten mache ich geltend:

Anreise am Tag Monat Jahr	**Abreise am** Tag Monat Jahr
Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel	**Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel**
☐ Bahnfahrkarte	☐ Bahnfahrkarte
☐ Sitzplatzreservierung	☐ Sitzplatzreservierung
☐ Gepäckbeförderung	☐ Gepäckbeförderung
☐ Sonstige öffentliche Verkehrsmittel	☐ Sonstige öffentliche Verkehrsmittel
Fahrkosten für die Nutzung eines Kraftfahrzeugs	**Fahrkosten für die Nutzung eines Kraftfahrzeugs**
☐ gefahrene Kilometer: _____	☐ gefahrene Kilometer: _____
Sonstige Fahrkosten	**Sonstige Fahrkosten**
☐ Taxi	☐ Taxi
☐ _____	☐ _____

G1522-00 DRV
Version 01001 - AGTH 1/2023 - Stand 09.02.2023

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **1**

Anreise	**Abreise**
Verpflegungsgeld bei einer Fahrzeit von mehr als 8 Stunden	**Verpflegungsgeld bei einer Fahrzeit von mehr als 8 Stunden**
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**
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
Erstattungsbetrag gesamt		EUR Cent

G1522-00 DRV
Version 01001 - AGTH 1/2023 - Stand 09.02.2023

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) **D E**	
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