

Ich beantrage die Übernahme von Fahrkosten, die aufgrund einer ambulanten Operation entstehen:

Die ambulante Operation findet am statt.
Datum (Tag/Monat/Jahr)

Der OPS-Code** lautet:

Ich beantrage die Übernahme von Fahrkosten, die aufgrund einer ambulanten Behandlung entstehen:

Die ambulante Behandlung* findet am statt.
Datum (Tag/Monat/Jahr)

Angaben zur Behandlungsstätte

Die ambulante Behandlung findet in folgender Einrichtung statt:

Name

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Ich nutze meinen privaten Pkw. Die einfache Entfernung zwischen Wohnort und
Behandlungsstätte beträgt Kilometer.

**Dem Antrag habe ich den Verordnungsvordruck (Muster 4) meines behandelnden
Arztes oder meiner behandelnden Ärztin beigelegt.**

Den Verordnungsvordruck (Muster 4) reiche ich bis nach.
Datum (Tag/Monat/Jahr)

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift

Wir erheben und verarbeiten die Angaben zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), um eine Kostenerstattung zu prüfen. Näheres zur Datenverarbeitung unter: khh.de/datenschutz

* Bitte die Behandlungsstätte auf der letzten Seite angeben.

** Bitte den fünfstelligen OPS-Code in der behandelnden ärztlichen Praxis erfragen. Die Angabe ist unbedingt notwendig, um den Antrag zu prüfen.