

### **Antrag auf Fahrkosten zur ambulanten Behandlung**

Sie haben uns informiert, dass Sie Fahrten zur ambulanten Behandlung benötigen. Gerne prüfen wir für Sie, in welchem Umfang wir uns an den Kosten beteiligen können. Bitte füllen Sie den Antrag aus und schicken ihn unterschrieben an uns zurück. Grundsätzlich benötigen wir je Fahrt und Behandlungsziel einen Antrag vor Durchführung der Fahrt.

Zusätzlich zu Ihrem Antrag benötigen wir eine ärztliche Verordnung (Muster 4). Bitten Sie Ihren Arzt, dieses Muster 4 für die medizinisch notwendigen Fahrten auszustellen. Ohne dieses ist eine Genehmigung von Fahrkosten generell ausgeschlossen, da die Übernahme von Fahrkosten im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen nur in besonderen Ausnahmefällen möglich ist.

Wir unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen des Antrages, bitte rufen Sie uns an oder besuchen uns in Ihrer Servicestelle. Außerhalb der Geschäftszeiten sind wir per E-Mail oder Fax erreichbar.

## **Wann übernimmt die KKH Ihre Fahrkosten?**

Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen stellen grundsätzlich keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

In besonderen Ausnahmefällen ist es den Krankenkassen aber gestattet, dennoch Fahrkosten - nach vorheriger Genehmigung - zu übernehmen. Die besonderen Ausnahmefälle legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien fest.

Für bestimmte Personengruppen oder bei speziellen Anlässen gibt es einen generellen Anspruch auf Fahrkostenerstattung, auch bei ambulanter Behandlung. Folgende Ausnahmefälle kommen hier in Betracht:

### **Besondere Personengruppen**

- Sie besitzen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnlich gehbehindert), "bl" (blind) oder "H" (hilfebedürftig). Wichtig: Ausweise mit anderen Merkmalen wie z. B. "G" lösen keinen Anspruch aus!
- Bei Ihnen wurde der Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt oder Sie waren bis 31.12.2016 in der Pflegestufe II und sind jetzt im Pflegegrad 3 eingestuft.

### **Spezielle Anlässe**

- Sie nehmen als Patient an einer Dialysebehandlung teil.
- Sie unterziehen sich einer onkologischen Chemo-, Arzneimittel- oder Strahlentherapie.

### **Andere Anlässe**

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind so eng gefasst, dass nur in den wenigsten Fällen eine Übernahme von Fahrkosten für eine ambulante Operation/Behandlung möglich ist. Fehlt es an einem Grundanspruch, können keine Fahrkosten übernommen werden. Dies gilt auch dann, wenn aus medizinischer Sicht die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht möglich ist.

Servicezeichen: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Übernahme von Fahrkosten nach  
§ 60 SGB V aufgrund einer  
ambulanten Behandlung**

Versicherte/r: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Übernahme von Fahrkosten**

- zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie\***
- zur parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie\***
- zur Dialysebehandlung**

Die Behandlung findet ab \_\_\_\_\_ statt.

Bitte geben Sie die wöchentliche Häufigkeit sowie die voraussichtliche Dauer der Behandlung an:

voraussichtlich \_\_\_\_ x die Woche bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ .

Im Falle einer Arzneimitteltherapie geben Sie uns bitte das Medikament oder den Wirkstoff an, der verwendet werden soll.

Wirkstoff/Medikament: \_\_\_\_\_

- aufgrund einer ambulanten Operation\***

Die ambulante Operation findet am \_\_\_\_\_ statt.

Der OPS-Code\*\* lautet: \_\_\_\_\_

\*Bitte achten Sie auf die Angabe der Behandlungsstätte auf der letzten Seite.

\*\* Bitte erfragen Sie den 5-stelligen OPS-Code in Ihrer behandelnden Arztpraxis.  
Diese Angabe ist für eine Prüfung unbedingt notwendig.

**zu einer ambulanten Behandlung\***

Die Behandlung findet am \_\_\_\_\_ statt.

(Bitte beachten Sie die Hinweise auf der zweiten Seite des Anschreibens.)

**Angaben zur Behandlungsstätte**

Die ambulante Behandlung findet in folgender Einrichtung statt:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ich nutze meinen privaten PKW. Die einfache Entfernung zwischen Wohnort und Therapieeinrichtung beträgt \_\_\_\_\_ km.

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen Verordnungsvordruck (Muster 4) Ihres behandelnden Arztes bei. Vielen Dank.

Das Muster 4 reiche ich bis zum \_\_\_\_\_ nach.

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken auch meine Kontaktdaten bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH speichert, verarbeitet und nutzt.

Kundenbefragung

KKH Produkte und Services

private Zusatzversicherungen

Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z.B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

---

Ort/Datum

Unterschrift

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgabe der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung von Fahrkosten erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz).