

## **Antrag auf Durchführung von Krankenfahrten auf Rechnung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Strahlen-/ Chemotherapie

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, legen die erforderlichen Unterlagen bei und senden Sie ihn unterschrieben per Post an uns zurück.

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

Telefon:

---

Geburtsdatum:

---

Krankenkasse:

---

Krankenversicherungsnummer:

---

Falls bekannt voraussichtlicher Zeitraum der Behandlung:

---

Befreiungsausweis vorhanden:

Wenn ja, Nummer:

---

Erforderliche Unterlagen:

1. Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse für den Zeitraum der Behandlung
2. Vom Arzt ausgehändigter Verordnungsschein (DIN A 5 grosser Rosa/Blau Schein)  
(ausgestellt unter "2" für den Zeitraum der Behandlung von bis voraussichtlich.)
3. Falls vorhanden Kopie des Befreiungsausweises (Zuzahlungsbefreiung)

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der oben angegebenen Daten und füge die erforderlichen Unterlagen diesem Antrag bei. Ferner bestätige ich, dass falls von der Krankenkasse gefordert, ich eine vollständige, vom behandelnden Arzt ausgefüllte Anwesenheitsbescheinigung nach Ende der Behandlung der Wiesbadener Taxi-Zentrale e. G. aushändige. Mir ist bekannt, dass ich bei fehlenden Unterlagen/Informationen für die Fahrtkosten aufkommen muss. Außerdem willige ich hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten zwecks Abrechnung mit den jeweil. Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherungsanstalten, Krankenhäusern, etc.) nach den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen gespeichert und verarbeitet werden. Die Wiesbadener Taxizentrale e. G. gibt ausser an die oben beschriebenen Kostenträger/Rechnungsdienstleister und an die dienstleistenden Taxiunternehmen an keine weiteren Dritten Daten weiter. Sollte es zu Zahlungsausfällen bezüglich mich betreffender Zahlungsverpflichtungen kommen, erfolgt folgerichtig die Weitergabe meiner Daten an Stellen wie Inkassounternehmen/Rechtsanwälte und das Gericht.

Wiesbaden, den

---

Unterschrift des Antragsstellers:

---