

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten – Serienbehandlung

Sie möchten einen Antrag für die Erstattung von Fahrkosten stellen? Bevor Sie loslegen: Lesen Sie bitte vorher diese Hinweise, denn als gesetzliche Krankenkasse sind wir an die Vorgaben des Gesetzgebers gebunden. Ob und in welchem Umfang sich die Mobil Krankenkasse an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

## 1. Verordnung einer Krankenbeförderung

---

Um eine Kostenübernahme prüfen zu können, benötigen wir den Verordnungsvordruck „Verordnung einer Krankenbeförderung“ (Muster 4). Diesen erhalten Sie von Ihrer behandelnden Klinik/Arztpraxis. Bitte senden Sie uns den Vordruck zusammen mit dem ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zu.

## 2. Verkehrsmittel

---

Fahren Sie mit einem Taxi oder einem privaten Pkw, obwohl ein öffentliches Verkehrsmittel hätte benutzt werden können, erhalten Sie die Kosten, die bei Benutzung des öffentlichen Verkehrsmittels entstanden wären. Ist die Nutzung eines privaten Pkws medizinisch begründet, behalten wir uns vor, die Kilometeranzahl zu überprüfen.

## 3. Zuzahlung

---

Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist grundsätzlich ein Eigenanteil zu entrichten. Dieser beträgt 10 % der Kosten je Fahrt (mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro), allerdings nicht mehr als die Kosten der Fahrt.

**Gut zu wissen:** Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungs- oder erstattungsfähig.

### Haben Sie Fragen?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf [mobil-krankenkasse.de/kontakt](https://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.  
Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**  
[mobil-krankenkasse.de](https://mobil-krankenkasse.de)

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten für Serienbehandlungen

Damit wir die Übernahme Ihrer Fahrkosten prüfen können:  
Senden Sie uns diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben  
mit den zusätzlich geforderten Nachweisen zu.

Gleich  
ausfüllen  
und  
absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für

mich.

meinen Ehepartner (Name, Vorname):

mein Kind (Name, Vorname):

Strahlentherapie

Chemotherapie

Dialysebehandlung

Tagesklinik:

montags bis freitags

außer an Wochenenden und Feiertagen

Sonstiges:

Aus medizinischer Sicht sind die Fahrten zur oben genannten Behandlung mit folgendem  
Verkehrsmittel erforderlich (bitte unbedingt die ärztliche Verordnung „Muster 4“ beifügen):

öffentl. Verkehrsmittel, Gesamtfahrpreis:  
(bitte fügen Sie Ihre Fahrscheine bei)

Euro

eigenem Pkw, einfache Entfernung:

Kilometer

Taxi/Mietwagen, Gesamtfahrpreis:  
(bitte fügen Sie Ihre Fahrscheine bei)

Euro

Begründung:

Sonstige Hinweise:

Zahlt Ihnen die Einrichtung während Ihrer Behandlung Fahrkosten? Dann reichen Sie uns bitte  
eine Kopie Ihres Behandlungsvertrages ein.

Liegt ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ vor?

Nein  Ja (Bitte reichen Sie uns eine Kopie ein.)

## 2. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname und Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

## Antrag auf Erstattung von Fahrkosten für Serienbehandlungen

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Fahrkosten im Rahmen von § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden ggf. an den Medizinischen Dienst weitergeleitet.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum:

Unterschrift (ggf. des Bevollmächtigten):

### **Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück**



**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**  
Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen