

Absender:

-----  
Stempel der Arztpraxis

Betriebskrankenkasse Hoesch  
Kirchderner Str. 47-49

44145 Dortmund

**Antrag auf Kostenübernahme zu ambulanten Fahrten  
Name, Anschrift**

1. geplante ambulante Behandlung: \_\_\_\_\_  
wegen (behandelte Diagnose/n: \_\_\_\_\_  
geplante Behandlungsfrequenz: \_\_\_\_\_ x wöchentlich für \_\_\_\_\_ Monate  
Eine Behandlung im häuslichen Bereich des Versicherten ist möglich.  ja  nein
2. Die Behandlung beginnt/begann am \_\_\_\_\_ und ist voraussichtlich  
 auf Dauer erforderlich.  bis zum \_\_\_\_\_ erforderlich.
3. Folgende Behandlungsstätte/n ist/sind für die Behandlung des Versicherten geeignet:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist folgendes Transportmittel:

für die Hinfahrt	für die Rückfahrt
<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> PKW
Begleitperson ist <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich wegen _____	Begleitperson ist <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich wegen _____
<input type="checkbox"/> Liegemietwagen ohne med. Betreuung <input type="checkbox"/> Transport im Sitzstuhl ohne med. Betreuung <input type="checkbox"/> Transport sitzend im Rollstuhl <input type="checkbox"/> KTW (Begründung erforderlich)	<input type="checkbox"/> Liegemietwagen ohne med. Betreuung <input type="checkbox"/> Transport im Sitzstuhl ohne med. Betreuung <input type="checkbox"/> Transport sitzend im Rollstuhl <input type="checkbox"/> KTW (Begründung erforderlich)

Folgende zwingende medizinische Gründe liegen vor (getrennte Angabe für die Hin- und Rückfahrt), bei KTW bitte zusätzlich die notwendige med.-technische Einrichtung benennen:

--	--

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

-Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 73 EBM berechnungsfähig-

**Hinweis:** Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten für Fahrten zur ambulanten Behandlung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.