

Versicherungsnummer

noch Ziffer 1

Nur bei einer ganztägig ambulanten Leistung zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche:

- Die Fahrten erfolgten mit einer bewilligten Begleitperson für die gesamte Rehabilitation.
- Die Fahrten erfolgten mit einer bewilligten Begleitperson nur an _____ Behandlungstagen.

2 Von der Rehabilitationseinrichtung ausgezahlte Reisekosten

1. Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln	EUR	Cent
2. Kraftfahrzeug		
Anzahl der Kilometer	Erstattungsbetrag täglich	Anzahl der Behandlungstage
_____ X _____ EUR = _____ EUR X _____ = _____	EUR	Cent
3. sonstige Fahrkosten	EUR	Cent
4. Kosten für die Begleitperson (nur bei Kinderrehabilitation)	EUR	Cent
Erstattungsbetrag gesamt	EUR	Cent

3 Abrechnung der Rehabilitationseinrichtung bei der Inanspruchnahme eines Fahrdienstes

Hinweis: Wenn mehrere Personen den Fahrdienst gleichzeitig nutzen, können Fahrkosten grundsätzlich nur für eine Person abgerechnet werden (keine Mitnahmeentschädigung).

Der Fahrdienst wurde in folgendem Umfang genutzt:

Anzahl der Kilometer	Betrag täglich	Anzahl der Behandlungstage	EUR	Cent
_____ X _____ EUR = _____ EUR X _____ = _____				

4 Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung

- Der unter Ziffer 2 genannte Erstattungsbetrag wurde ausgezahlt und wird hiermit bei der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung zur Erstattung eingereicht. Entsprechende Nachweise lagen vor.
- Die unter Ziffer 1 von der Versicherten / dem Versicherten geltend gemachten Reisekosten wurden nicht ausgezahlt.
- Der unter Ziffer 3 genannte Betrag ist der Versicherten / dem Versicherten entstanden, wurde von der Rehabilitationseinrichtung verauslagt und wird hiermit bei der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung zur Erstattung eingereicht.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung

Versicherungsnummer

5 Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich habe den unter Ziffer 2 genannten Erstattungsbetrag von der Rehabilitationseinrichtung erhalten.

Ich bitte die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung um Erstattung des Betrags auf folgendes Konto (die entsprechenden Belege sind beigefügt):

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Die unter Ziffer 3 genannten Kosten sind nicht von mir gefordert worden.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben eine Rückforderung zur Folge haben können.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten