

Einwand gegen die Vorschreibung des Transportkostenanteils

Versicherte(r): VSNR: e-mail:
Zuname: Vorname:
PLZ: Ort:
Straße: Tel.Nr.:

Patient(in): VSNR: Vorname:
Zuname: Ort:
PLZ: Tel.Nr.:
Straße:

Überprüfen Sie bitte die Vorschreibung des/der **Transportkostenanteile(s)** für die Fahrt(en) vom

Entsprechende Begründung bitte markieren:

- Das 15. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet
- Es besteht Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe wegen erheblicher Behinderung
- Ich bin rezeptgebührenbefreit
- Es war eine Fahrt zur Dialyse
- Es war eine Fahrt zur Chemo - bzw. Strahlentherapie
- Der Transport erfolgte mit einem Luftfahrzeug
- Der Transport erfolgte mit einem Notarztwagen

Zusätzliche Angaben:

(Ort) , am (Datum) (Unterschrift)