VKO VERSORGUNGSKASSE OLDENBURG

Antrag auf Anerkennung der Aufwendungen für Fahrtkosten im Ausnahmefall nach § 26 Abs. 2 NBhVO

Versorgungskasse Oldenburg
- Beihilfestelle -
Nadorster Str. 155
26123 Oldenburg

Aktenzeichen (Bitte dem letzten Bescheid entnehmen)	
Beihilfeberechtigte/r (Name, Vorname)	**Geburtsdatum**

1. Für wen werden die Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung beantragt?

Name, Vorname	Geburtsdatum

2. Ärztliche Stellungnahme

Ambulante Behandlung

☐ Beim Arzt ☐ im Krankenhaus ☐ Sonstige

Begründung des Ausnahmefalls

hochfrequente Behandlung (Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib oder Leben unerlässlich)	**dauerhafte Mobilitätseinschränkung**
☐ Dialyse, onkologische Chemo-/Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall: _____ _____ _____	☐ Merkzeichen „aG", „Bl", „H" oder mindestens Pflegegrad 3 (bitte Nachweis beifügen) ☐ vergleichbarer Grund wegen (ggf. ICD-Schlüssel): Indikationsschlüssel: ☐☐☐☐ _____
Voraussichtliche Behandlungsfrequenz: _____ pro Woche über _____ Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung _____	

Notwendiges Beförderungsmittel

☐ Krankentransportwagen ☐ Taxi/Mietwagen ☐ Privat-Pkw ☐ öffentl. Verkehrsmittel (Bus, Bahn)

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Erklärung:
Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind. Das Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit von Beförderungskosten habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten oder der / des Bevollmächtigten
	Vollmacht ☐ liegt vor ☐ liegt bei