

| Nr. | Datum | Behandlungsstelle / Einrichtung | Art der Fahrt (PKW, Bus, Taxi) | Entfernung (einfach, km) | Stempel der Behandlungsstelle | Beleg-Nr. / Anhang |
|-----|-------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

Bitte fügen Sie die erforderlichen Belege Ihrem Antrag als Anhang (bei Versenden als E-Mail) oder als Kopie (bei Versenden per Post) bei.

In jedem Fall benötigen wir eine vom ärztlichen Fachpersonal oder von der Einrichtung unterschriebene **Bescheinigung der Behandlungstermine**. Für nicht belegte Fahrten erfolgt keine Kostenerstattung.

Die Notwendigkeit einer **Taxifahrt** oder einer **Begleitperson** ist vor der Fahrt durch einen Arzt oder eine Ärztin zu bescheinigen. Dies gilt ebenfalls für die Nutzung der 1. Klasse bei öffentlichen Verkehrsmitteln.

Für Fahrten mit der Bahn oder dem öffentlichen Personennahverkehr benötigen wir die Fahrkarte in Kopie, evtl. Reservierungsentgelte oder Gepäcktransportkostenbelege. Eine Kilometerangabe ist hier nicht erforderlich.

Eventuelle Verpflegungs- oder Übernachtungskosten sind gesondert zu beantragen. Bitte fügen Sie auch hier die entsprechenden Belege bei.