

Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung des/der Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
----------------	---	--------------

Norddeutsche Kirchliche  
Versorgungskasse (NKVK)  
Beihilfeabteilung  
Postfach 4563

30045 Hannover

**Antrag auf Anerkennung der Aufwendungen für Fahrtkosten im Ausnahmefall nach § 26 Abs. 2 Nr. 8 NBhVO**



Für wen werden die Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung beantragt?		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Ärztliche Stellungnahme	
Ambulante Behandlung	
<input type="checkbox"/> beim Arzt	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige _____

<p><b>Begründung des Ausnahmefalls</b> (Beschreibung der Beeinträchtigung)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Die Beeinträchtigung ist hinsichtlich des Schweregrades vergleichbar mit</p> <p><input type="checkbox"/> einer ambulanten Dialysebehandlung,</p> <p><input type="checkbox"/> einer ambulanten onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie oder einer ambulanten parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie</p> <p><input type="checkbox"/> einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“</p> <p><input type="checkbox"/> einer Zuordnung zu mindestens dem Pflegegrad 3 im Sinne des § 15 SGB XI</p> <p><b>Umfang der erforderlichen Fahrten:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Wöchentlich an _____ Tagen pro Woche, <input type="checkbox"/> Monatlich an _____ Tagen pro Monat</p> <p><b>Zeitraum der erforderlichen Fahrten (Anzahl der Tage, Wochen, Monate)</b></p> <p>vom _____ bis _____ an _____ Tage, _____ Wochen, _____ Monate</p>
--

Notwendiges Beförderungsmittel	
<input type="checkbox"/> Krankentransportwagen	<input type="checkbox"/> Taxi/ Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes
------------	--

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 des Beihilfeberechtigten
------------	---------------------------------------