

Erstattung von Fahrtkosten

Name: _____ Aktenzeichen: _____
Vorname: _____ Unfalldatum: _____
Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____
Postleitzahl: _____
Wohnort: _____

Der Weg wurde zurückgelegt mit dem:

Privat-PKW - Die einfache Entfernung beträgt: _____ Kilometer.

öffentlichen Verkehrsmitteln - Die Höhe der verauslagten Kosten beträgt _____ Euro.

Der Weg wurde zurückgelegt:

von _____ nach _____

Bankverbindung:

BIC: _____ Kreditinstitut: _____
IBAN: _____ Kontoinhaber: _____
Datum: _____ Unterschrift: _____

Vom Arzt bzw. Physiotherapeuten auszufüllen:

Anwesenheitsbestätigung der ärztlichen Untersuchung bzw. der Physiotherapeutischen Behandlung.

Datum	Datum	Datum	Datum

Hinweis: alternativ kann eine Bescheinigung des Arztes oder der Krankengymnastik beigefügt werden.

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

urschriftlich zurück an: