



PRIVATKLINIK BAD GLEISWEILER

Fahrtkostenerstattung

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Antrag auf Rückerstattung der Fahrtkosten bzgl. meiner tagesklinischen/teilstationären Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik der Privatklinik Bad Gleisweiler

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Rückerstattung der entstanden Fahrtkosten auf nachstehendes Konto:

Empfänger: _____

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Bankname: _____

Verwendetes Fahrzeug (bitte ankreuzen):

Bus / öffentliche Verkehrsmittel: **Fahrkarte ist beigelegt**

PKW: entstandene Fahrtkosten hin und zurück: _____ km

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Bestätigung der Klinik:

Herr / Frau _____

war vom: _____ bis: _____ an insgesamt: _____ Tagen
in unserer teilstationären Behandlung.

Ort, Datum

(Stempel, Unterschrift Tagesklinik)