

Antrag auf Fahrkostenerstattung

Name, Vorname:

Aktenzeichen:

1. Vom Arzt / Krankenhaus / Physiotherapie auszufüllen:

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Der/Die Unfallverletzte war hier am: _____
gefarene Kilometer: _____ (Stempel und Unterschrift des Arztes)

2. Vom Unfallverletzten auszufüllen:

Fahrkosten
(Fahrkarte bitte beifügen)

Zug 2. Klasse _____ EUR

gefahrte Kilometer _____ km

sonstige Kosten _____ EUR
(Belege bitte beifügen)

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an.

Kontoinhaber: _____

IBAN*: _____ BIC*: _____

Bank/Sparkasse: _____

Dauer der Heil-
behandlung: vom: _____ bis: _____ / dauert an () / beendet () am: _____

Dauer der Ar-
beitsunfähigkeit: vom: _____ bis: _____ / dauert an () / beendet () am: _____

Telefon-Nr.: _____
(für Rückfragen)

(Datum)

(Unterschrift)

zurück an:

Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord
Landesgeschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern
Bertha-von-Suttner Straße 5
19061 Schwerin