



Ehrenwörtliche Erklärung zu Reisekosten, die nicht durch Krankenwagen verursacht wurden und nicht von der Pflichtversicherung erstattet werden (nur bei schwerer Krankheit)

Identifizierung des Versicherten :

Name* :
* Oder Vignette der Krankenkasse einfügen

Vorname* :

Nationalregisternummer* :
(falls nicht vorhanden, Geburtsdatum angeben)

Bankkontonummer :

Name des Arztes oder der medizinischen Einrichtung	Datum des Besuchs	Anzahl der Kilometer Hin- und Rückfahrt	Stempel oder Unterschrift des Arztes oder der Einrichtung

Name des Arztes oder der medizinischen Einrichtung	Datum des Besuchs	Anzahl der Kilometer Hin- und Rückfahrt	Stempel oder Unterschrift des Arztes oder der Einrichtung

Echt und wahrheitsgemäß bestätigt, Erstellt in , am **Unterschrift**