

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

Personalnummer	Geburtsdatum
Bedienstete/r bzw. Versorgungsempfänger/in	
Name	Vorname

**Niedersächsisches Landesamt
 für Bezüge und Versorgung
 Beihilfestelle Aurich
 Postfach 1570
 26585 Aurich**

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

Ärztliche Stellungnahme
Fahrten sind erforderlich zu einer ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> beim Arzt/Zahnarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Begründung des Ausnahmefalls (Beschreibung der Beeinträchtigung) _____ _____
Die Beeinträchtigung ist hinsichtlich des Schweregrades vergleichbar mit <input type="checkbox"/> einer ambulanten Dialysebehandlung, einer ambulanten onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie oder einer ambulanten parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie <input type="checkbox"/> einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ <input type="checkbox"/> einer Zuordnung zu mindestens dem Pflegegrad 3 im Sinne des § 15 SGB XI

Umfang der erforderlichen Fahrten: <input type="checkbox"/> Täglich, <input type="checkbox"/> Wöchentlich an ____ Tagen pro Woche, <input type="checkbox"/> Monatlich an ____ Tagen pro Monat

Zeitraum der erforderlichen Fahrten (Anzahl der Tage, Wochen, Monate) ____ Tage, ____ Wochen, ____ Monate

Notwendiges Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Krankentransportwagen <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-Pkw <input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel (Bus, Bahn)
--

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 (Vodr. 2726) habe ich zur Kenntnis genommen.	
Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten