

Unfallkasse Brandenburg  
 und Feuerwehrunfallkasse Brandenburg  
 Müllroser Chaussee 75  
  
 15236 Frankfurt (Oder)

**Angaben des Versicherten**

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

**Antrag**

**auf Erstattung der Fahrkosten zum Arzt / Krankenhaus / Physiotherapie**

**Der Weg wurde zurückgelegt mit dem:**

Privat-PKW - einfache Entfernung beträgt: \_\_\_\_\_ Kilometer.  
 öffentliche Verkehrsmittel - Die Höhe der verauslagten Kosten beträgt \_\_\_\_\_ Euro.  
 (Bitte Originalbelege beifügen!)

**Der Weg wurde zurückgelegt:**

von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber:  
 IBAN:  
 BIC:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vom Arzt auszufüllen:**

Anwesenheitsbestätigung der ärztlich Untersuchung bzw. der Physiotherapeutischen Behandlung.

Datum	Datum	Datum	Datum

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_