***Taxibetrieb***

***Frank Hahn Äneasstr. 8 D 12109 Berlin IK -Nr. 60 11 20 597***

***Telefon 01633927590***

***E Mail*** [***fhahn@gmx.de***](mailto:fhahn@gmx.de)

***Datum***

***Aufnahme für Kostenübernahme//Transportschein***

***Datum der Aufnahme***

***Name Adresse PLZ***

***Telefon***

***Bemerkungen***

***E Mail***

***Datum Beginn Fahrten von bis:***

1. ***Krankenkasse Name: Versicherungs Nr.***
2. ***Datum Genehmigung:***
3. ***Gesetzliche Zuzahlung Ja: Höhe € Nein: Befreit***
4. ***Wenn Ja Höhe pro Fahrt Gesamt Max.***
5. ***Nein Befreit: Nachweis über Befreiung liegt bei: Ja: Nein:***
6. ***Transportschein Ja: Nein:***

***Von: Nach:***

***Abfahrt Minuten vor Termin.***

***Transportschein/Abtretung bei der ersten Fahrt beim Fahrer abgeben /Terminliste nach Beendigung der Fahrten beim Fahrer abgeben***

***Unterschrift Kunde ggf. durch Bestätigung Genehmigung Krankenkasse***

***Datum Datum***