

## DAK-Gesundheit

### Fachzentrum Fahrkosten

per Fax: 040 33470-123456

per E-Mail: [service441200@dak.de](mailto:service441200@dak.de)

Name DAK-Versicherte(r) \_\_\_\_\_

DAK-Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Einreichung einer Verordnung auf Krankenfahrt  
zur Genehmigung

**oder**

Bitte um Korrektur der bewilligten Kilometerzahl:

Bewilligt wurden \_\_\_\_\_ km

laut DAK-Genehmigung vom \_\_\_\_\_

tatsächliche KM-Zahl (einfache Fahrt) \_\_\_\_\_

Name des Fahrdienstes \_\_\_\_\_

**IK des Fahrdienstes** \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_