



**Nachweis über entstandene Fahrtkosten nach § 24 BVO**

**Hinweise:**

- Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Beihilfeleistungen benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.
- Die Erstattung der Fahrtkosten beantragen Sie bitte mit dem Beihilfeantragsvordruck LBV 301. Mit diesem Vordruck erklären Sie sich zu den Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten und weisen die dabei entstandenen Kosten der jeweiligen Fahrten nach – gegebenenfalls unter Vorlage der entsprechenden Rechnungen/Quittungen/Fahrscheine.

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

**Persönliche Angaben**

Name der beihilfeberechtigten Person	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Name der behandelten Person	Vorname	← Nicht auszufüllen, wenn mit der beihilfeberechtigten Person identisch

**Entstandene Aufwendungen für Fahrtkosten können nach § 24 BVO grundsätzlich berücksichtigt werden, wenn sie aus folgenden Anlässen entstanden sind:**

Bitte die zutreffende Nummer des Fahrtanlasses in die Tabelle auf Seite 2 unter „Nummer des Fahrtanlasses“ eintragen.

Nr.	Fahrtanlass
1.	stationäre Behandlung (Krankenhaus, Rehabilitationsbehandlung etc.)
2.	Verlegung von einer stationären Einrichtung zu einer anderen stationären Einrichtung
3.	ambulante Operation (ärztliche Verordnung für die Notwendigkeit der Fahrtkosten liegt bei)
4.	Elternbesuch bei schwer erkrankten Kindern unter 18 Jahren zur Sicherung des Therapieerfolgs
5.	Dialysebehandlung, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie, onkologischen Strahlen- oder parenteralen Chemotherapie
6.	ambulante Anschlussheilbehandlung oder ambulanten Rehabilitationsbehandlung
7.	Behandlungen im Rahmen eines wegen einer schwerwiegenden Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschemas, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist Es liegt folgende Erkrankung vor: _____ Die Behandlungsfrequenz beträgt _____ mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich Voraussichtliche Behandlungsdauer _____ Wochen _____ Monate
8.	Anlässlich einer ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung von <input type="checkbox"/> Personen mit einem Ausweis für Schwerbehinderte mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind), „H“ (hilflos) oder „TBl“ (taubblind) <input type="checkbox"/> Personen mit einem Pflegegrad 3, 4 oder 5
9.	ärztlich verordneten Krankentransportwagen (die ärztliche Verordnung liegt bei) oder einem Rettungswagen, Rettungshubschrauber sowie sonstigen Rettungsfahrzeugen

**\* Bearbeitungshinweis**

Unter „Nummer des Fahrtanlasses“ bitte die Nummer aus Tabelle auf Seite 1 eintragen.

**Kosten PKW**

Nummer des Fahrtanlasses*	Datum der Fahrt	Kilometer (einfach)

**Kosten Taxi/ÖPNV (Bus, Bahn) – Rechnung liegt bei**

Nummer des Fahrtanlasses*	Datum der Rechnung	Kosten in EUR

**Krankentransport/Notfalleinsatz - Rechnung liegt bei**

Nummer des Fahrtanlasses*	Datum der Rechnung	Kosten in EUR

Von den beihilfefähigen Aufwendungen sind bei bestimmten Anlässen Selbstbehalte abzuziehen und/oder ein Höchstbetrag zu beachten. Wir verweisen hierzu auf unsere Informationen zur Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten, welche auf unserer Internetseite <https://lbv.landbw.de> unter Vordrucke mit der Vordrucknummer „305e3“ zu finden sind.