

Taxi-Fahrauftrag

zur Kostenübernahme der Fahrtkosten durch die UKBW



Unfallkasse Baden-Württemberg
Postfach 60 06 04
70306 Stuttgart

Hinfahrt

Unterschrift & Stempel
(alternativ: Anschrift Mitgliedsunternehmen)

Vom Mitgliedsbetrieb auszufüllen: Daten zur verunfallten Person

Unfallbetrieb/Unternehmensteil

Unfalltag

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum der verletzten Person

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer der verletzten Person

Hiermit wird das Taxiunternehmen beauftragt, die verunfallte Person und eine Begleitperson am Unfalltag zur ärztlichen Untersuchung der Unfallfolgen zu fahren. Die Kosten für die Fahrt werden von der Unfallkasse Baden-Württemberg getragen.

Vom Taxiunternehmen auszufüllen: Daten zur Fahrt zur ärztlichen Abklärung der Unfallfolgen

Bitte zur Kostenerstattung an die UKBW übersenden. Kontaktdaten siehe unten

Fahrt von: _____

Adresse ärztliche Untersuchung: _____

am: _____ Entfernung: _____ km Fahrpreis: _____ Euro

Kontodaten zur Anweisung der Fahrtkosten:

Kontoinhaber: _____

IBAN (Internationale Bankkontonummer): _____

oder IK-Nr.: _____

Name und Anschrift des Taxiunternehmens/der kontoinhabenden Person:

Datum _____ Unterschrift Taxiunternehmen _____

www.ukbw.de

Taxi-Fahrauftrag

zur Kostenübernahme der Fahrtkosten durch die UKBW

Unfallkasse Baden-Württemberg
Postfach 60 06 04
70306 Stuttgart

Rückfahrt (auch alleine)

Unterschrift & Stempel
(alternativ: Anschrift Mitgliedsunternehmen)

Vom Mitgliedsbetrieb auszufüllen: Daten zur verunfallten Person

Unfallbetrieb/Unternehmensteil

Unfalltag

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum der verletzten Person

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer der verletzten Person

Rückfahrt verletzte Person und Begleitperson

Alleinige Rückfahrt Begleitperson

Hiermit wird das Taxiunternehmen beauftragt, die verunfallte Person und eine Begleitperson am Unfalltag von der ärztlichen Untersuchung der Unfallfolgen zurückzufahren. Die Kosten für die Fahrt werden von der Unfallkasse Baden-Württemberg getragen.

Vom Taxiunternehmen auszufüllen: Daten zur Rückfahrt nach der ärztlichen Abklärung der Unfallfolgen

Bitte zur Kostenerstattung an die UKBW übersenden. Kontaktdaten siehe unten

Fahrt von Praxis/Krankenhaus: _____

Zielort: _____

am: _____ Entfernung: _____ km Fahrpreis: _____ Euro

Konto zur Anweisung der Fahrtkosten:

Kontoinhaber: _____

IBAN (Internationale Bankkontonummer): _____

oder IK-Nr.: _____

Name und Anschrift des Taxiunternehmens/der kontoinhabenden Person:

Datum _____ Unterschrift Taxiunternehmen _____