

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fahrauftrag Taxi  ***(vom Kindergarten / von der Schule auszufüllen)*** | | |
| Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  Regionaldirektion Rheinland  Postfach 120530  40605 Düsseldorf |  | Anschrift der Einrichtung  Bitte Adresse der Schule/Kindertageseinrichtung **stempeln**  und Mitgliedsnummer ausfüllen / ggf. Aufkleber verwenden | |
| Mitgliedsnummer | |

Hiermit wird das Taxiunternehmen       beauftragt, auf Rechnung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen das durch einen Kindergartenunfall verletzte Kind / den durch einen Schulunfall verletzten Schüler / die durch einen Schulunfall verletzte Schülerin zum Arzt/Krankenhaus und zurück zu befördern.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name / Vorname des Kindes /des Schülers / der Schülerin** | **Geburtsdatum** | **Unfalltag** |
|  | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

.

|  |  |
| --- | --- |
| **Anschrift des Kindes / des Schülers /der Schülerin** | **Stempel und Unterschrift der Einrichtung** |
|  |  |

Hinweis:  
  
Der „Fahrauftrag Taxi" ist nach einem Unfall für die Fahrt zur ärztlichen Erstversorgung und zurück zu verwenden. Dieser Fahrauftrag darf nicht genutzt werden für:

* Fahrten zur nachgehenden ärztlichen Betreuung
* Tägliche Fahrten zur Schule
* Erkrankungen ohne Unfallereignis   
  z. B. Übelkeit, Fieber, Bauchschmerzen, Schwindel, Zahnschmerzen etc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ** **    Bitte hier vollständige Adresse und Name  Ihres Taxiunternehmens eintragen |  | Rechnungsnummer         Steuernummer des Taxiunternehmens         Taxi Nr.         Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| An Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  Regionaldirektion Rheinland  Postfach 120530  40605 Düsseldorf |  |

**RECHNUNG über die Taxifahrt**

Name der/des Versicherten (Fahrgast)

Uhrzeit Von       Uhr       bis       Uhr

Abfahrtsort:        
(Name der Schule)

Ziel:

Bitte vollständigen Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses angeben

Fahrpreis (einschl. MwSt 19 %  bzw. 7 %  (bitte ankreuzen)):       EUR

bitte Fahrpreis eintragen

Bearbeitungsgebühr/Porto (einschl. MwSt 19 %): 1,00 EUR

GESAMT       EUR

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

|  |
| --- |
| Geldinstitut:       Kontonummer:      Bankleitzahl:      Kontoinhaber: |

Übersteigt die Rechnung insgesamt 150,- Euro:

Fahrpreis (netto):       EUR

auf den Netto-Fahrpreis entfallende MwSt lt. o.a. Steuersatz:       EUR

Bearbeitungsgebühr/Porto (netto): 0,84 EUR

auf Netto-Bearbeitungsgebühr/Porto entfallende MwSt 19 %: 0,16 EUR

Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. …………………………………………… ………………………………………

Datum Unterschrift/Stempel des Taxiunterehmens  
  
  
Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen ist eine gesetzliche Unfallversicherung für Schüler und Kindergartenkinder. Als „Berufsgenossenschaft“ ist es unsere Aufgabe dafür zu sorgen, dass unfallverletzte Kinder/Schüler, schnellstmöglich in ärztliche Behandlung gelangen, um die Unfallfolgen so gering wie möglich zu halten. Damit bei einem Schul- bzw. Kindergartenunfall weder die Einrichtung noch der/die Verletzte in Vorleistung treten müssen, wurde mit den Taxiverbänden in Nordrhein-Westfalen folgendes vereinbart: Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen erstattet Ihnen nach dem Transport des verletzten Kindes/Schülers den Fahrpreis, wenn Sie das vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllte Formular einreichen. Wir versichern Ihnen, dass die eingehende Rechnung schnellstmöglich bargeldlos beglichen wird. Ihnen werden keine zusätzlichen Belastungen entstehen. Zusätzlich zum Fahrpreis wird Ihnen eine Abrechnungspauschale (Bearbeitungsgebühr/Porto) von 1.- € gewährt. Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, sich diesem Verfahren anzuschließen.

Ihre Unfallkasse Nordrhein-Westfalen