

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

Patient/in

FamiliennamenamVorname		Versicherungsnummer
Versicherte/r		Versicherungsnummer
Anschrift	Tel.-Nr.: e-mail:	
IBAN		BIC

_____, _____
Ort Datum Unterschrift der/des Versicherten

Beigelegt sind:

☐

Nachweis über die erfolgte Zahlung
(Saldierungsvermerk auf der Rechnung)

☐

Chefärztlich bewilligte Original-Verordnung

☐

detaillierte Original-Rechnung