

# ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

Patient/in

Familienname	Vorname	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