Absender
Strasse
PLZ Ort

Krankenkasse
Strasse
PLZ Ort

Datum

Meine Mitglieds-Nummer:

**Antrag auf Kostenerstattung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Arzt/meine Ärztin hat mir das Medizinprodukt Vertidisan verschrieben, welches nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist. Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für das Medizinprodukt Vertidisan gemäß BSG-Urteil vom 29.09.97, AZ.: 8RKn 27/96 und BSG-Urteil vom 31.08.2000, AZ.: B3 KR 21/99.

Das Rezept und einen Kostenvoranschlag füge ich bei.

Ich freue mich auf die Kostenübernahmeerklärung

Ihr

Unterschrift

2 Anlagen
Rezept
Kostenvoranschlag