*Vor und Zuname*

*Straße*

*PLZ Ort*

**Krankenversichertennummer:**

e-mail:

Telefonnummer:

Mobil:

Faxnummer:

*Name Ihrer Krankenkasse*

*Straße*

*PLZ Ort*

*Ort, Datum*

**Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel**

Sehr geehrte Damen, *(Einen Ansprechpartner finden Sie ggf. in der Kassenliste)*

sehr geehrte Herren,

ich habe nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Apotheke gekauft, die mir von einem Arzt verordnet wurden. *(Bei Familienangehörigen bitte die Namen eintragen)*

Die originale Apothekenrechnung und das Privatrezept erhalten Sie in der Anlage. Bitte überweisen Sie den Betrag auf mein Konto.

*(ggf. Kontoverbindung angeben, wenn Ihre Krankenkasse über diese noch nicht verfügt)*

Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen, stehe ich Ihnen jederzeit für Auskünfte zur Verfügung.

Für Ihre Bemühungen bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

*(Name und Unterschrift)*

Anlage