

Krankenversicherten-Nr.:

E-Mail:

Telefon:

Mobil:

Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

wurden von einem Arzt nicht verschreibungspflichtige Medikamente verordnet, welche ich in der Apotheke gekauft habe.

Hiermit möchte ich die Möglichkeit in Anspruch nehmen, mir die angefallenen Kosten unter Beachtung der zugrundeliegenden Satzung erstatten zu lassen.

Beiliegend finden Sie den Verordnungsnachweis in folgender Form

Grünes bzw. Privatrezept in Papierform

Bestätigung der Apotheke über E-Rezept

sowie die entsprechende Apothekenquittung.

Bitte lassen Sie mir den Betrag auf meinem Konto gutschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage