

An

[Redacted]

Ihre Krankenkasse

[Redacted]

Straße Hausnummer

[Redacted]

PLZ Ort

[Redacted]

Datum

Meine Versichertennummer:

[Redacted]

Anfrage zur Erstattung pflanzlicher Arzneimittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte Sie um Auskunft, ob und unter welchen Bedingungen Sie im Rahmen Ihrer freiwilligen Versicherungsleistungen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, speziell der Phytotherapie erstatten.

Meine Adresse ist:

[Redacted]

Vorname Name

[Redacted]

Straße Hausnummer

[Redacted]

PLZ Ort

Mit freundlichen Grüßen

[Redacted]

Datum

[Redacted]

Unterschrift