

Krankenversicherten-Nummer:

E-Mail:

Telefon/Mobil:

## **Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Apotheke gekauft, die

- mir
- einem Familienangehörigen( )

verordnet wurden.

Die originale Apothekenrechnung und den Nachweis der Verordnung als

- Originalrezept
- Apothekennachweis (da Verordnung auf e-Rezept erhalten wurde)

erhalten Sie in der Anlage.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf mein Konto:

Vorname und Nachname des Kontoinhabers:

IBAN:

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

Anlage