

Mustermittglied Musterallee 1, 12345 Musterstadt

Krankenkasse
Anschrift

Ort, Datum

Versichertenaukunft über in Anspruch genommene Leistungen (§ 305 Abs. 1 SGB V)
Krankenversicherten-Nr. bitte eintragen

Sehr geehrte Damen und Herren,

seitdem **bitte eintragen**, bin ich bei Ihnen versichert. Bitte senden Sie mir o.g. Auskunft für den maximalen Zeitraum über alle ambulanten, stationären sowie dentalen Behandlungen zu.

Des Weiteren erbitte ich eine Medikamentenauflistung und eine Übersicht der Zeiten der Arbeitsunfähigkeit.

Meine Mitgliedsdaten:

Krankenversicherten Nr.	bitte eintragen
Name:	Mustermittglied
Geburtsdatum:	01.01.0000
Anschrift:	Musterallee

Mit freundlichen Grüßen

Mustermittglied