

Mustermittglied Musterallee 1, 12345 Musterstadt

Krankenkasse
Straße
PLZ Ort

Ort, Datum

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

bis zum **Datum eintragen**, war 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.	eintragen
Name:	Mustermittglied
Geburtsdatum:	eintragen
Anschrift:	eintragen

Mit freundlichen Grüßen

Mustermittglied