

Anschrift Ihrer Krankenkasse

Name, Vorname der versicherten
Person

Versicherungsnummer

Antrag auf Kostenerstattung für die Augenvorsorgeuntersuchung (Amblyopiescreening)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Kostenerstattung für die durchgeführte Augenvorsorgeuntersuchung (Amblyopiescreening).

Im Anhang erhalten Sie eine Kopie der Arztrechnung.

Bitte überweise Sie den Betrag an:

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten
Person oder des gesetzlichen
Vertreters