

MUSTERBRIEF

Name
Adresse
Telefonnummer
Versicherungsnummer

OÖ Gebietskrankenkasse
Vertragspartner II/VO
Peter Allenguten
Gruberstr. 77
4020 Linz

Ort, Datum

Kostenrückerstattung Vaporisator bei Cystischer Fibrose

Sehr geehrter Herr Allenguten,

bei meiner Tochter/meinem Sohn, geb.....,
Versnr.:versichert mit, geb.....,
Versnr.: besteht eine Cystische Fibrose.

Mehrmaliges tägliches Inhalieren ist erforderlich. Damit verbunden ist die Desinfektion des Inhalationsaufsatzes nach jeder Inhalation.

Ich bitte um Rückerstattung der Kosten für den Vaporisator „.....“ (siehe Beilage).

Überweisung bitte auf:

Konto: Bank:
IBAN: BIC:

Der Vaporisator „.....“ wurde für die Reinigung der Verneblerteile aller Pari Inhalatoren von der Abt. f. Hygiene und Mikrobiologie, Klinikum Wels-Grieskirchen getestet.

Ich ersuche um Unterstützung seitens der GKK OÖ.

Unterschrift

Anlagen
Rechnungskopie
Zahlungsbeleg
Ärztliche Verordnung
Ärztliche Empfehlung