

MUSTERBRIEF

---

Name  
Adresse  
Telefonnummer  
Versicherungsnummer

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

Ort, Datum

## Kostenrückerstattung Trampolin bei Cystischer Fibrose

Sehr geehrter Herr Allenguten,

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

Ich bitte um Rückerstattung der Kosten für das Trampolin Trimilin.  
Verordnung durch das betreuende CF-Zentrum ist beigelegt

Der therapeutische Nutzen des Trampolins konnte in mehreren Studien belegt werden.  
CF-PatientInnen profitieren in vielen Bereichen von diesem Therapiegerät.

Überweisung bitte auf:

Konto: ..... Bank: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für die finanzielle Unterstützung bedanken  
und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlagen  
Rechnungskopie  
Zahlungsbeleg  
Ärztliche Verordnung