

Name, Vorname
Anschrift
PLZ, Ort

..... (Datum)

An

..... (Krankenkasse)

..... (Anschrift)

..... (PLZ, Ort)

Antrag zur Kostenerstattung nach SGB V §13 Absatz 3

Mitgliedsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung der Kosten für die mir vorliegende Verordnung über Physiotherapie vom (Datum).

Ich erhielt die Verordnung von (Arzt, Name, Anschrift) aufgrund der Diagnose

Ich möchte die notwendige Therapie in der Praxis Theramedica, Knausche Straße 2, 04617 Gerstenberg erhalten und bitte ich um die Erstattung der mir entstehenden Behandlungskosten.

Folgenden Grund hat mein Antrag (zutreffendes auswählen):

- Ich habe akute Beschwerden und benötige einen kurzfristigen Behandlungstermin. Trotz meiner Bemühungen kann in der Praxis (Name) frühestens ab (Datum) mit der Therapie beginnen. In der Praxis Theramedica findet mein erster Behandlungstermin am(Wochentag, Datum) um Uhr statt.
- Ich habe keine andere Physiotherapiepraxis gefunden, in der ich die Therapie (benennen) erhalten kann.
- Ich habe keine Physiotherapiepraxis gefunden, in der ich einen Behandlungstermin erhalten kann, weil
- Ich kann mit dem öffentlichen Nahverkehr (Bus oder Bahn) keine Physiotherapiepraxis erreichen, weil
- In meinem Wohnort gibt es keine Physiotherapiepraxis mit Zulassung der gesetzlichen Krankenkassen.

Ich bitte um kurzfristige Genehmigung meines Antrages. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

.....