

Absender:

An die Krankenkasse

(Apothekenstempel)

Ort, Datum

Antrag auf Prüfung zur Kostenübernahme (§ 73, Abs. 3 AMG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

von Ihrem Versicherten _____ wird dringend folgendes Medikament benötigt.

MENGE	ARZNEIMITTEL	STÄRKE	DRF	PREIS inkl. MwSt.

Wir bitten Sie um zeitnahe Prüfung und Genehmigung.

Mit freundlichen Grüßen

- Anlage:
 Rezeptkopie
 ärztliches Schreiben

Rezeptkopie

Large dashed rectangular box for the prescription copy.