

Absender: _____

Datum: _____

Erbitte Kostenübernahme meiner ambulanten häuslichen Infusionstherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Kostenübernahme für meine ambulante häusliche Infusionstherapie (siehe beigefügter Behandlungsvertrag) für die Tage vom _____ bis _____ einschließlich.

Mein behandelnder Neurologe hat mir eine Einweisung für eine stationäre Schubtherapie ausgestellt, welche ich allerdings nicht in Anspruch nehmen möchte. Ich lasse die Schubtherapie in meiner Häuslichkeit durchführen und erbitte Kostenrückerstattung von insgesamt _____ € (__ x 130,00 € pro Einsatz/Infusionstag) auf mein Konto:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Mit freundlichen Grüßen