
Name, Vorname der versicherten Person

Versicherungsnummer

Anschrift Ihrer Krankenkasse:

Antrag auf Kostenerstattung für die Augenvorsorgeuntersuchung (Amblyopiescreening)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Kostenerstattung für die durchgeführte Augenvorsorgeuntersuchung
(Amblyopiescreening).

Im Anhang erhalten Sie eine Kopie der Arztrechnung.

Bitte überweisen Sie den Betrag an:

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
oder des gesetzlichen Vertreters