

Vorname NACHNAME

Strasse

PLZ ORT

---

Versicherungsnummer: 0000 15.10.1980

Telefon: +43 000-000 00 00

eMail: vorname.nachnahme@muster.at

OÖ Gebietskrankenkasse

Gruberstraße 77

4021 LINZ

Ort, 14.02.2013

**ABLEHNUNG eines Medikamentes**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Medikament „-----“, wurde mir ärztlich verordnet und ist zur Behandlung meiner Erkrankung erforderlich.

Leider wurde mir die chefärztliche Bewilligung nicht erteilt.

Ich ersuche daher um Ausstellung eines begründeten Bescheides binnen 14 Tagen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Vorname Name