

Name
Straße
PLZ Ort

Kassenärztliche Vereinigung xxx
Straße
Ort

den XX.XX.XXXX

Anforderung Auskunft nach § 83 SGB X

Sehr geehrte Damen und Herren,
mit diesem Schreiben bitte ich Sie um Übersendung einer Übersicht
meiner über Sie abgerechneten Arztbesuche inkl. der Diagnosen für den
Zeitraum der letzten Jahre (304 SGB V).

Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Versicherungsnummer:

Eine Personalausweiskopie liegt anbei.
Bitte senden Sie mir diese Informationen zeitnah zu.

Herzlichen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift