

An die

Patientendaten

.....  
Kasse

.....  
Vor- und Zuname

.....  
Adresse

.....  
Adresse

.....  
PLZ Ort

.....  
PLZ Ort

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Ort, Datum

**Antrag auf Ausfertigung eines Bescheides**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sie haben die Kostenübernahme für meine Zahnbehandlung bei Frau/Herrn Dr. ....verweigert, ich ersuche daher um Ausfertigung eines schriftlichen Bescheides.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift