

Mustermittglied Musterallee 1, 12345 Musterstadt

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

Ort, Datum

**Versichertenaukunft über in Anspruch genommene Leistungen (§ 305 Abs. 1 SGB V)
Krankenversicherten-Nr. **bitte eintragen****

Sehr geehrte Damen und Herren,

seitdem **bitte eintragen**, bin ich bei Ihnen versichert. Bitte senden Sie mir o.g. Auskunft für den maximalen Zweitraum über alle ambulanten, stationären sowie dentalen Behandlungen zu.

Des Weiteren erbitte ich eine Medikamentenauflistung und eine Übersicht der Zeiten der Arbeitsunfähigkeit.

Meine Mitgliedsdaten:

Krankenversicherten Nr.	bitte eintragen
Name:	Mustermittglied
Geburtsdatum:	01.01.0000
Anschrift:	Musterallee

Mit freundlichen Grüßen

Mustermittglied