

[Anschrift Krankenkasse]

Antrag auf Kostenübernahme bzgl. Empfängnisverhütung mit Intrauterinpeessar GyneFix

Krankenversicherturnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich, _____, geb. am _____

möchte gern aus medizinischen Gründen mit dem Intrauterinpeessar GyneFix verhüten und

b e a n t r a g e

daher, dass Sie die damit einhergehenden (Behandlungs-)Kosten übernehmen.

Dem anliegenden Schreiben meines Frauenarztes _____

können Sie entnehmen, weshalb bei mir der Einsatz eines Intrauterinpeessars medizinisch angezeigt ist.

Für den Fall, dass Sie beabsichtigen, die Kostenübernahme abzulehnen, stelle ich hilfsweise gem. § 15 SGB I einen Antrag auf Auskunft darüber, ob und unter welchen Voraussetzungen ich, ggf. gemäß § 24a Abs. 2 SGB V, einen gesetzlichen Anspruch auf die Empfängnisverhütung mit GyneFix habe.

Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den Erhalt dieses Schreibens.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage: Ärztliche Bestätigung der medizinischen Indikation zur Verwendung eines Intrauterinpeessars bei Patientin unter 20 Jahren