

Kostenübernahme-Erklärung der Krankenkasse

Für einen CoaguChek® Gerinnungsmonitor & Schulungsgebühren

Hiermit erklären wir uns bereit, die Kosten für einen CoaguChek® Gerinnungsmonitor und die Schulungsgebühren für die Patientin/den Patienten:

Frau/Herrn

Straße

PLZ/Wohnort

zu erstatten.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse