Mila Albrecht

xxxxxxxxx

xxxxxxxxxx

Techniker Krankenkasse

Großflecken 23

24534 Neumünster 30.11.2015

**Versichertennummer: xxxxxxxxxxxxxx**

**Antrag auf Kostenerstattung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte ich Sie um eine Kostenrückerstattung für folgendes Hilfsmittel bitten, welches mir im Rahmen meiner Geschlechtsangleichenden Operation von meiner operierenden Chirurgin verordnet wurde:

Vagiwell ® Dilators Premium:

5 Dehnungsstifte (Dilatatoren) Gr. 1-5

Art. Nr.: Vagiwell P

EAN: 4013273001557

PZN: 10224634

Dieses Hilfsmittel ist definitiv erforderlich, um das angestrebte Operationsziel auch postoperativ aufrecht zu erhalten. Aus diesem Grund erscheint mir eine Kostenübernahme gerechtfertigt.

Bitte überweisen Sie nach positiver Prüfung den Betrag von **103,64 €** auf das bei Ihnen hinterlegte Bankkonto.

Mit freundlichem Gruß,

Anhang:

1x Rezeptkopie

1x Apothekenquitting