*Name der Versicherungsgesellschaft Ihr Vor- / Nachname*

*z.Hd. Herrn/Frau*

*Straße Straße*

*PLZ / Ort PLZ / Ort*

*Ort + aktuelles Datum*

***Krankenversicherungsnummer: Versicherungsnummer Nachname***

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um die Erstattung der Kosten für folgende Präventionsmaßnahme zur Gesundheitsförderung:

# **Schlaganfall-Vorsorge -**72 Stunden 3-Kanal EKG, Auswertung hinsichtlich Vorhofflimmerns, ärztlich validiert

# **oder**

# **Die komplette Herzvorsorge -** 72 Stunden 3-Kanal EKG, Auswertung hinsichtlich Vorhofflimmerns und 15 weitere kardiologische Merkmale, ärztlich validiert

# **oder**

# **Die komplette Herzvorsorge inkl. ärztlichem Gespräch -** 72 Stunden 3-Kanal EKG, Auswertung hinsichtlich Vorhofflimmerns und 15 weitere kardiologische Merkmale, ärztlich validiert + im Anschluss telemedizinische Konsultation mit einem Kardiologen

Die entsprechenden Belege finden Sie anliegend beigefügt. Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto oben genannten Krankenversicherung mit der Bitte um Regulierung auf folgendes Konto:

*Kontoinhaber:
IBAN:
BIC:
Bank:*

Bei Rückfragen können Sie mich gerne kontaktieren.

Bestätigen Sie mir bitte innerhalb der nächsten 14 Tage die Kostenzusage.

Für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

*Vorname/Nachname*

*Unterschrift*