

Name  
Adresse  
Telefonnummer

OÖ Gebietskrankenkasse  
Vertragspartner II/VO  
Peter Allenguten  
Gruberstr. 77  
4020 Linz

Ort, Datum

## Rückerstattung

Sehr geehrter Herr Allenguten,

ich bitte um Rückerstattung der Kosten für das Trampolin Trimilin für meine Tochter/meinen Sohn ....., geb. ....., Versnr.:  
.....versichert mit ....., geb. ....., Versnr.:  
.....

Überweisung bitte auf:

Konto: ....., BLZ ....., Ktn. ....

Der therapeutische Nutzen des Trampolins konnte in mehreren Studien belegt werden. CF-PatientInnen profitieren in vielen Bereichen von diesem Therapiegerät.

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich für die finanzielle Unterstützung bedanken und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlagen  
Rechnungskopie  
Zahlungsbeleg  
Ärztliche Verordnung