

● **bkk** melitta hmr

ServiceCenter Minden

Postfach 1224

32372 Minden

| Hiermit fordere ich | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Name, Vorname | Versicherungsnummer |
| Straße, Nr. | PLZ, Ort |
| E-Mail-Adresse ¹ | Telefonnummer ¹ |

eine ausführliche Leistungsübersicht für den Zeitraum
vom _____ bis _____

für folgende Leistungen an:

- Ambulante ärztliche Leistungen
- Arzneimittelversorgungen
- Heilmittelverordnungen
- Hilfsmittelverordnungen
- Selektivverträge
- Zahnärztliche Leistungen
- Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift