

**HanseMerkur Krankenversicherung AG  
Abt. B - Kundenbetreuung  
Siegfried-Wedells-Platz 1**

**20354 Hamburg**

VE \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_ A

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ (Vorname) \_\_\_\_\_ (Name) \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

Anschrift \_\_\_\_\_

Behandelt wegen \_\_\_\_\_

1. Welche Medikamente wurden bzw. werden verabreicht (bitte genau Angabe bzw. ggf. ergänzen)? \_\_\_\_\_
2. Von wann bis wann wurden bzw. werden die Medikamente eingenommen? \_\_\_\_\_
3. Wegen welcher Gesundheitsstörungen Beschwerden oder aus welchen sonstigen Gründen wurden bzw. werden Arzneimittel genommen? \_\_\_\_\_
4. Name und Anschrift der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser, die Medikamente verschrieben oder verabreicht haben: \_\_\_\_\_

**Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.**

.....  
Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes  
**Bitte nur bereits vorhandene Befunde angeben. Kosten für neue Untersuchungen können nicht übernommen werden.**