[Dein Name], [Straße und Hausnummer], [PLZ] [Ort]

[Name des Empfängers]
[Straße und Hausnummer]
[PLZ] [Ort]

[Ort], 29.11.2026

Antrag auf Kostenübernahme für [Behandlung oder Hilfsmittel], Versichertennummer [Versichertennummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für folgende medizinische Maßnahme: [Behandlung oder Hilfsmittel].

Die Maßnahme hat folgende Praxis verordnet oder empfohlen: [Name der behandelnden Praxis oder des Arztes].

Begründung der medizinischen Notwendigkeit:
[Beschreibe hier in eigenen Worten, warum die Behandlung oder das Hilfsmittel für deine Genesung oder Linderung der Beschwerden zwingend erforderlich ist und welche Standardtherapien bereits ausgeschöpft wurden.]

Als Anlage füge ich bei:
- Ärztliche Verordnung oder ausführliches Attest
- Kostenvoranschlag des Anbieters

Bitte entscheiden Sie innerhalb der gesetzlichen Frist (§ 13 Abs. 3a SGB V) und teilen Sie mir Ihre Entscheidung schriftlich mit.

Falls Sie den Antrag ganz oder teilweise ablehnen, bitte ich um einen schriftlichen Bescheid mit Begründung und Rechtsbehelfsbelehrung.

Mit freundlichen Grüßen

[Dein Name]