

● **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

1 - freiwillige Angabe

eine ausführliche Leistungsübersicht für den Zeitraum

vom _____ bis _____

für folgende Leistungen an:
<input type="checkbox"/> Ambulante ärztliche Leistungen
<input type="checkbox"/> Arzneimittelversorgungen
<input type="checkbox"/> Heilmittelverordnungen
<input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnungen
<input type="checkbox"/> Selektivverträge
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Leistungen
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift