

An die kassenärztliche Vereinigung

_____ , den _____

Betreff: Versichertenauskunft nach §83 SGB X

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Versichertenauskunft nach **§ 83 SGB X** für die Jahre von _____ bis _____ .

Daten zu meiner Person

Geburtsdatum: _____

Vorname und Nachname _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Als **Legitimationsnachweis** habe ich Ihnen eine **Kopie meines Personalausweises** beigelegt.

Einer postalischen Zusendung der Daten an meine oben genannte Wohnanschrift stimme ich ausdrücklich zu.

Mit freundlichen Grüßen,

Anlage:

Kopie Personalausweis