

**An die Krankenkasse**

< Name der Krankenkasse des Patienten >

**z. Hd.**

< Ansprechpartner bei der Krankenkasse >

**Fax Nr.:**

< Faxnummer Krankenkasse >

**EILIGER KOSTENVORANSCHLAG**

< Datum >

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend sende ich Ihnen einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung des angehängten Rezeptes. Da dieses Präparat sehr dringend von Ihrem Versicherten benötigt wird, bitte ich Sie um eilige Bearbeitung. Gerne stehe ich Ihnen für Rückfragen zur Verfügung:  < Telefonnummer >

Anzahl    Nummer    Artikel    Preis in €    Gesamt

Anzahl	Nummer	Artikel	Preis in €	Gesamt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mit freundlichen Grüßen,

< Name, Vorname >

< Apothekenname >