An die Krankenkasse

_____

_____

_____ _____ , den 28.04.2025

Betreff: Versichertenauskunft nach §305 SGB V Absatz 1 und §83 SGB X

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich gem. **Abs. 1 § 305 SGB V** und **§83 SGB X** um Auskunft über die in Anspruch genommenen Leistungen und zu meiner Person gespeicherten Daten

für die Jahre von 2025 bis 2015 .

Dies meint insbesondere alle Behandlungs- und Abrechnungsdaten, **vor allem auch die nach ICD-10 abgerechneten Diagnoseschlüssel.**

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname, Nachname _____

Anschrift _____

_____

Als **Legitimationsnachweis** habe ich Ihnen eine **Kopie meines Personalausweises** sowie der **Krankenversichertenkarte** beigefügt.

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

Mit freundlichen Grüßen,

Anlage:

Kopie Personalausweis

Kopie Krankenversichertenkarte