ABSENDER*IN

Vorname Nachname, Straße Hausnr., PLZ Ort

AN

Name der Krankenversicherung
Straße Hausnr.
PLZ Ort

ORT, DATUM

Ort, den TT.MM.JJJJ

Kostenerstattung für die Nutzung von hermaid

Versichertennummer z. B. A123456789

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme bzw. Erstattung der Kosten in Höhe von EUR XX,XX für die Nutzung von hermaid, einem CE-zertifizierten Medizinprodukt (Klasse I, MDR 2017/745) und einer digitalen Gesundheitsplattform für Frauen in der Perimenopause und Menopause.

Über hermaid erhalte ich strukturierte Unterstützung beim Symptom-Tracking sowie Zugang zu Beratungsgesprächen mit unabhängigen Ärztinnen, Ärzten und Coaches zu meinen Beschwerden.

Meine Beschwerden in den Wechseljahren stellen eine erhebliche Belastung für mich dar. Die Begleitung durch hermaid unterstützt mich dabei, besser mit meinen Symptomen umzugehen und informierte Entscheidungen zu meiner Gesundheit zu treffen.

Weitere Informationen zu hermaid finden Sie unter: https://hermaid.me

Bitte teilen Sie mir das weitere Vorgehen mit - erstatten Sie die Kosten direkt oder muss ich in Vorleistung treten?

Ich bedanke mich recht herzlich im Voraus für Ihre Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen,

Vorname Nachname

UNTERSCHRIFT