

## Beilage 10

### Telefonnotiz

Vorname Name	Frau [REDACTED]	Schaden-Nr.	[REDACTED]
Geburtsdatum	[REDACTED].1999	Schadendatum	11.02.2024
Vorgangsnummer	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]		
Kategorie	Heilkosten		

### Gesprächspartner

Name	Frau [REDACTED]
Telefon-Nr.	[REDACTED]
Geburtsdatum	[REDACTED].1999
SV-Nummer	[REDACTED]
Gesprächsdatum	21.06.2024

Betreff Telefon von [REDACTED] betr. Kostenübernahme Alternativmedizin

Frau [REDACTED] hat uns kontaktiert und fragt nach, ob wir auch Akupunktur-Behandlungen bezahlen würden.

Ich erklärte Frau [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Aufgenommen durch [REDACTED]

Datum

21.06.2024