

---

---

---

Ihre Adresse

Mitgliederservice

---

---

Adresse Ihrer  
Krankenkasse

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**Betreff: Kostenerstattung einer Tinnitus-Therapie**

Ihrer Mitglieds-  
nummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme der Kosten von € 228,00 jährlich für die Behandlung meines ärztlich diagnostizierten, subjektiv-chronisch-tonalen Tinnitus mit Hilfe von Tinnitracks.

Tinnitracks ist ein zertifiziertes Medizinprodukt, das bereits von vielen deutschen Krankenkassen erstattet wird. Die Verordnung und Überwachung der Therapie erfolgt deutschlandweit über ein dichtes Netz speziell geschulter Hals-Nasen-Ohrenärzte.

Tinnitracks basiert auf der wissenschaftlichen Forschung zum Tailor-Made Notched Music Training, das als neuro-akustischer Therapieansatz bei den Ursachen des Tinnitus in der Hörrinde des Gehirns ansetzt.

Weitere Informationen über Tinnitracks sowie zu Publikationen, die zur Wirksamkeit der Behandlung vorliegen, finden Sie unter [www.tinnitracks.com/de/therapiewirkung](http://www.tinnitracks.com/de/therapiewirkung)

Ich bedanke mich im Voraus für Ihr freundliches Entgegenkommen.

Mit besten Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum