

An den
Kostenträger

Notfallbehandlung bei Berechtigten nach

- dem SGB XII Sozialhilfe
- dem Asylbewerberleistungsgesetz

Ich bitte um Kostenübernahme für die Notfallbehandlung

am: _____, um _____ Uhr

für den nachstehend aufgeführten Patienten:

Name, Vorname		geb. am	
PLZ	Wohnort	Straße	
Aktenzeichen/Stamm-Nr. des Betreuten (wenn vorhanden)			

Diagnose (bitte gut lesbar ausfüllen)

Unfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fremdeinwirkung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Arztstempel

Datum

Unterschrift