

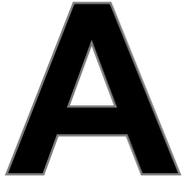
Patient/in (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weibl.  männl.

geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

Landratsamt Neustadt a.d. Waldnaab  
 Sachgebiet 24 / AB 242  
 Stadtplatz 36  
 92660 Neustadt a.d. Waldnaab



per E-Mail an [krankenbehandlung-asyl@neustadt.de](mailto:krankenbehandlung-asyl@neustadt.de)  
 per Fax an 09602 / 7997 2445

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

### Anzeige einer ambulanten ärztlichen Behandlung

Für o.g. Patienten wird für folgende Behandlung um einen Krankenschein gebeten:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> allgemeinmedizinische Behandlung | <input type="checkbox"/> zahnmedizinische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> gynäkologische Behandlung        | <input type="checkbox"/> kinderärztliche Behandlung  |

Wir erklären hiermit, dass ausschließlich die erforderlichen Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln durchgeführt werden, sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen erbracht werden. Werdenden Müttern und Wöchnerinnen werden ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel gewährt.

Eine Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Zahnersatz, sowie die Verordnung einer fachärztlichen Behandlung darf nur erfolgen, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar geboten ist. Vor Beginn der Behandlung ist dem Kostenträger Formular H zur Entscheidung vorzulegen.

Den Krankenschein senden Sie bitte per Post an:

Arzt	Stempel	Unterschrift