

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Telefon¹⁾:

Aktenzeichen: _____

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



Anzeige einer Verordnung von Heil-, Hilfsmitteln oder Zahnersatz

Für o.g. Person wird die Kostenübernahme für die unter Nr. 1 genannten erforderlichen Heil- und Hilfsmittel, bzw. Zahnersatz beantragt.

1. Verordnung von Heil-, Hilfsmitteln oder Zahnersatz

O.g. Person muss aufgrund nachfolgend genannter Diagnose ein Heil-, Hilfsmittel bzw. Zahnersatz verordnet werden:

1.1 Nachfolgend genannte Leistung ist erforderlich

Behandlungs- bzw. Leistungsalternativen:

keine

folgende:

Es ist medizinisch vertretbar, die Behandlung aufgrund der Einschränkungen des Leistungsumfangs des AsylbLG auch zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen, jedoch spätestens zum:

1.1 Die unter Nr. 1.1 genannte Leistung ist unverzüglich erforderlich

zur Genesung.

zur Besserung oder zur Linderung der Krankheit bzw. der Krankheitsfolgen.

weil der Patient / die Patientin unter einer Erkrankung leidet, die neu aufgetreten ist
Erkrankungsbeginn:

weil der Patient / die Patientin unter Schmerzzuständen leidet

weil sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich *und unaufschiebbar* ist

weil es medizinisch nicht vertretbar ist, die Behandlung aufgrund der Einschränkungen des Leistungsumfangs des AsylbLG, auch zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen.

Begründung:

Verordnung liegt im Original zur Genehmigung bei.

Kostenvoranschlag liegt im Original zur Genehmigung bei.

Heil- und Kostenplan liegt im Original zur Genehmigung bei.

Eine Durchführung der Maßnahme bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger.

Die mit einem Genehmigungsvermerk versehenen Originalunterlagen senden Sie bitte per Post an:

Arzt	Anschrift	PLZ / Ort

Urschriftlich zurück an:

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