

**Anlage 3**

An

(zuständige/r Leistungsträger/Behörde)

.....  
.....  
.....

ggf. per Fax: .....

**Ärztliche Anzeige einer Eilbehandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

**Wichtiger Hinweis für den Arzt:**

Die Mitteilung ist innerhalb von zwei Wochen nach der Eilbehandlung beim zuständigen Leistungsträger einzureichen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 6 der Vereinbarung zwischen der KVB und den Spitzenverbänden Bayerischer Städtetag und Bayerischer Landkreistag zum Zusammenwirken bei der Durchführung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wird angezeigt, dass nachstehende mittellose Person am \_\_\_\_\_ (Datum des Behandlungsbeginns) als Eilfall in Behandlung genommen werden musste.

**Wir bitten um Übersendung eines Behandlungsausweises.**

|                                   |            |                      |
|-----------------------------------|------------|----------------------|
| <b>Patient:</b>                   |            |                      |
| Familiename, Vorname(n)           |            |                      |
| Straße, Nr.                       |            | PLZ, Wohnort         |
| Geburtsdatum                      | Geschlecht | MID (sofern bekannt) |
| <b>Familienangehörige(r) von:</b> |            |                      |
| Familiename, Vorname(n)           |            | Geburtsdatum         |

|               |  |
|---------------|--|
| Praxisstempel | Datum / Unterschrift des <b>Arztes</b> |
|---------------|--|