

Ärztliche Anzeige

An das
Amt für Wohnen und Migration
S-III-Z/WH/Flühi 2050

Fax-Nr. 233-40270
.....

Unter Hinweis auf § 4 AsylbLG zeigt die/der unterfertigte Ärztin/Arzt an, dass sie/er nachstehende/n Patientin/Patienten, die/der keinen Anspruch an eine Krankenkasse hat und mittellos ist, als Eilfall in Behandlung nehmen musste.

Um Übersendung eines Behandlungsscheines direkt an die Praxis wird gebeten.

Auszufüllen vom zuständigen „Wachdienst der Aufnahmeeinrichtung“
Vor- und Zuname der/des Patientin/Patienten:.....
MID: _____
Geburtstag:
Name des Familienoberhauptes: (bei Frauen und Kindern)
Geburtstag:
Wohnung:

In Behandlung genommen am:

....., den

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Anmerkung für den Arzt:

Nach §7 des bestehenden Vertrages ist der Hilfeempfänger verpflichtet, dem Arzt bei Behandlungsbeginn oder in dringenden Fällen binnen 3 Tagen einen Behandlungsschein vorzulegen.

Soweit kein Behandlungsausweis vorgelegt wird, ist die ärztliche Anzeige innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der ärztlichen Hilfeleistung an o.g. Anschrift / Faxnummer zu stellen..