

Abs. Name
Abs. Strasse

Abs. PLZ/Ort

An
Name des Arztes
Strasse des Arztes

PLZ/Ort des Arztes

Datum

Auskunft über Behandlungen etc.

Geb. Datum: _____
Krankenversicherung: _____
Krankenversicherungs-Nr.: _____

Sehr geehrte(r) Frau / Herr _____ Dr. _____,

um meinen Versicherungsantrag vollständig ausfüllen zu können, benötige ich eine Auflistung meiner Hauptbehandlungsdaten mit Diagnosen.

Bitte stellen Sie mir diese Daten zur Verfügung. Die Ihnen entstehenden Kosten können Sie mir in Rechnung stellen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



Unterschrift