

| | | |
|---|------------|--|
| Asylblg | [REDACTED] | |
| | [REDACTED] | |
| Krankenschein für kassenärztliche Behandlung Dieser Krankenschein gilt – falls nicht im oberen rechten Feld ein bestimmtes Kalenderverteilungsjahr eingetragen ist – für das Kalenderverteilungsjahr, in dem er ausgestellt wurde. | | |
| Name: | [REDACTED] | |
| Vorname: | [REDACTED] | Geburtsdatum: [REDACTED] |
| Wohnort: | [REDACTED] | |
| Strasse: | [REDACTED] | |
| Der Bürgermeister Im Auftrage: | | |
| 6. Oktober 2014 Datum | | [REDACTED] Unterschrift |
| Haushaltsstelle: Az.: 51033933 | | Krankenkassen-Nr.: [REDACTED] Kalenderverteilungsjahr d. Gültigkeit: 04/14 |
| KV Niedersachsen Bez. St. Göttingen | | evtl. Kürzere Gültigkeit: |
| Zur Beachtung für den Versicherten: Falls die Krankheit durch einen Unfall verursacht wurde, bitten wir um sofortige Meldung. Bei Kassenwechsel ist der Krankenschein sofort ungültig. | | |
| Nur gültig für die Behandlung AKUTER Erkrankungen und Schmerzzustände! Kostenintensive Behandlungen bedürfen der vorherigen Genehmigung. Kosten für Taxifahrten werden grundsätzlich nicht übernommen. Überweisungsscheine bitte zur Genehmigung vorlegen. [REDACTED] | | |

