

Name, Vorname des Versicherten/Patienten

---

Anschrift des Versicherten/Patienten

---

Anschrift der Krankenkasse/Krankenversicherung

---

---

Geburtsdatum

---

Versichertennummer

---

## Ärztlicher Nachweis

**✘ einer chronischen Erkrankung**

Diagnose (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben):

---

Oben genannte/r Patient/in befindet sich, aufgrund seiner Erkrankung, seit mehr als einem Jahr bei mir in ärztlicher Dauerbehandlung bzw. Überwachung seiner Krankheit und Therapie. Diese erfordert mindestens einen Patienten - Arzt Kontakt pro Quartal.

---

Ort, Datum

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes