

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN
Klinik für Nephrologie und Rheumatologie
Hochschulambulanz
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

**Bitte in gut leserlichen
Druckbuchstaben ausfüllen
und ausschließlich per Post
zukommen lassen!**

Name

Vorname

Geburtsdatum
(tt.mm.jjjj)

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

- ☐ Gesetzliche Krankenkasse
- ☐ Private Krankenkasse

Krankenkassenkarte (1x im Jahr)

- ☐ eingelesen/vorgelegt am:

Überweisung pro Quartal:

- ☐ liegt dem Brief bei
- ☐ liegt vor / wurde bereits geschickt am:

Befreiungsausweis

- ☐ liegt vor seit/Datum:
- ☐ liegt dem Brief bei
- ☐ wird persönlich vorgelegt

Ort, Datum

Unterschrift

Um eine reibungslose Organisation und Planung zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns über alle Änderungen umgehend zu informieren.

Medikament 1

Medikamenten-
name

Wirkstoffmenge

Tablettenanzahl/
Ampullenzahl

Bemerkung

Medikament 2

Medikamenten- name	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Medikament 3

Medikamenten- name	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Medikament 4

Medikamenten- name	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Heilmittelverordnung

Therapie	
Anzahl	
Bemerkung	