

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

Krankenkasse

- Gesetzliche Krankenkasse
- Private Krankenkasse

Vorname

Krankenkassenkarte (1x im Jahr)

- eingelesen/vorgelegt am:

**Geburtsdatum
(tt.mm.jjjj)**

Überweisung pro Quartal:

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

Telefon

Befreiungsausweis

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

E-Mail

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	<input type="text"/>
Wirkstoffmenge	<input type="text"/>
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	<input type="text"/>
Bemerkung	<input type="text"/>

Medikament 3

Medikamenten-name	<input type="text"/>
Wirkstoffmenge	<input type="text"/>
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	<input type="text"/>
Bemerkung	<input type="text"/>

Medikament 4

Medikamenten-name	<input type="text"/>
Wirkstoffmenge	<input type="text"/>
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	<input type="text"/>
Bemerkung	<input type="text"/>

Heilmittelverortnung

Therapie	<input type="text"/>
Anzahl	<input type="text"/>
Bemerkung	<input type="text"/>