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

**Bitte in gut leserlichen
Druckbuchstaben ausfüllen.**

Name

Vorname

Geburtsdatum
(tt.mm.jjjj)

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

- Gesetzliche Krankenkasse
- Private Krankenkasse
- 1x im Jahr einreichen

Überweisung für das Quartal:

- liegt dem Brief bei
- liegt bereits vor / wird nicht benötigt

Befreiungsausweis

- liegt dem Brief bei
(1 x im Jahr ist ausreichend)

Ort, Datum

Unterschrift

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN >>>

Medikament 1

Medikamentenname	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Medikament 2

Medikamentenname	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Medikament 3

Medikamentenname	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Medikament 4

Medikamentenname	
Wirkstoffmenge	
Tablettenanzahl/ Ampullenzahl	
Bemerkung	

Heilmittelverordnung

Therapie

Anzahl

Bemerkung

Heilmittelverordnung

Therapie

Anzahl

Bemerkung

Heilmittelverordnung

Therapie

Anzahl

Bemerkung