

Abs. Name  
Abs. Strasse

Abs. PLZ/Ort

An  
Name des Arztes  
Strasse des Arztes

PLZ/Ort des Arztes

Datum

**Auskunft über Behandlungen etc.**

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte(r) Frau / Herr \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_,

um meinen Versicherungsantrag vollständig ausfüllen zu können, benötige ich eine Auflistung meiner Hauptbehandlungsdaten mit Diagnosen.

Bitte stellen Sie mir diese Daten zur Verfügung. Die Ihnen entstehenden Kosten können Sie mir in Rechnung stellen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



Unterschrift