Bitte Anschrift der
zuständigen Geschäfts-
stelle der Krankenkasse
eintragen

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR VORLAGE BEI DER KRANKENKASSE

Herr/Frau geb.

Wohnort

wird bei uns mit der künstlichen Niere behandelt.

Gegen eine Feriendialyse in der Zeit vom bis

in

bestehen ärztlicherseits keine Bedenken. Wir bitten um Kostenübernahme.

Datum Unterschrift