

Anlage F

**Bestätigung über die unbedingte Notwendigkeit der Inanspruchnahme einer
medizinischen Leistung**

Es wird bestätigt, dass die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

für Herrn/Frau.....

geboren am.....

Staatsangehörigkeit.....

medizinisch unbedingt notwendig ist.

Grund für die unbedingte medizinische Notwendigkeit:.....

Art der Behandlung:.....

.....
Ort, Datum, Unterschrift und Stampiglie des bestätigenden Arztes