

# Ärztliche Anzeige

**An das:**

Amt für Soziale Leistungen

Metzplatz 1

86150 Augsburg

**Fax Nummer: 0821/324-9626**

Unter Hinweis auf § 4 AsylbLG zeigt die/der unterfertigte Ärztin/Arzt an, dass sie/er nachstehende/n Patientin/Patienten, die/der keinen Anspruch an eine Krankenkasse hat und mittellos ist, als Eilfall in Behandlung nehmen musste.

Um Übersendung eines Behandlungsscheines direkt an die Praxis wird gebeten.

**Auszufüllen vom zuständigen „Wachdienst der Aufnahmeeinrichtung“**

Vor- und Zuname der/des Patientin/Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

**MID:** \_\_\_\_\_

Name des Familienoberhauptes: \_\_\_\_\_

(bei Frauen und Kindern)

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Wohnung/Aufnahmeeinrichtung: \_\_\_\_\_

In Behandlung genommen am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

Anschrift der Praxis: \_\_\_\_\_

**Anmerkung für den Arzt:**

Nach §7 des bestehenden Vertrages ist der Hilfeempfänger verpflichtet, dem Arzt bei Behandlungsbeginn oder in dringenden Fällen binnen 3 Tagen einen Behandlungsschein vorzulegen.

Soweit kein Behandlungsausweis vorgelegt wird, ist die ärztliche Anzeige innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der ärztlichen Hilfeleistung an o.g. Anschrift / Faxnummer zu stellen.