

Mitgliedsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Kostenbeteiligung für eine Anschlussheilbehandlung

I. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

II. Anschlussheilbehandlung

1. Angabe der Erkrankung oder Behinderung

(Vorgeschichte, Verlauf, Dauer, Diagnose, Prognose)

2. Bitte **Nachweis** über die voraussichtlichen Kosten der Anschlussheilbehandlung **beifügen**.

V. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer:

VI. Erforderliche Unterlagen

- Nachweis über die voraussichtlichen Kosten

VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die Tierärzteversorgung Niedersachsen, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von der Tierärzteversorgung Niedersachsen befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

VIII. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Datum

Unterschrift