

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):  
Geschlecht:  weibl.  männl.  
geb. am:  
Telefon <sup>1)</sup>:

Landratsamt Neustadt a.d. Waldnaab  
Sachgebiet 26  
Am Hohlweg 2  
92660 Neustadt a.d. Waldnaab



per E-Mail an [krankenbehandlung-asyl@neustadt.de](mailto:krankenbehandlung-asyl@neustadt.de)  
per Fax an 09602 / 7997 2645

Aktenzeichen:  
\_\_\_\_\_

Anzeige einer ambulanten fachärztlichen Behandlung oder Krankenhausbehandlung

Für o.g. Person wird für die unter Nr. 1 oder Nr. 2 genannte Behandlung um einen Krankenschein gebeten:

1.  Einmalige fachärztliche Befunderhebung

Für o.g. Person ist aus nachfolgend genannten Gründen die einmalige Befunderhebung durch einen Facharzt erforderlich:

Fachrichtung:

\_\_\_\_\_

Begründung:

\_\_\_\_\_

Hier sind unter Nummer 2 keine weiteren Angaben erforderlich.

2.  Fachärztliche Weiterbehandlung oder Krankenhausbehandlung

O.g. Person muss aufgrund nachfolgend genannter Diagnose fachärztlich weiterbehandelt werden, bzw. es ist eine Krankenhausbehandlung erforderlich:

Fachrichtung:

\_\_\_\_\_

Begründung:

\_\_\_\_\_

2.1 Nachfolgend genannte Behandlung ist erforderlich:

Behandlungs- bzw. Leistungsalternativen:

keine folgende:

folgende:

Es ist medizinisch vertretbar, die Behandlung aufgrund der Einschränkungen des Leistungsumfangs des AsylbLG auch zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen, jedoch spätestens zum:

2.2 Die unter Nr. 2.1 genannte Behandlung bzw. Leistung ist unverzüglich erforderlich

zur Genesung

zur Besserung oder zur Linderung der Krankheit bzw. der Krankheitsfolgen

weil der Patient / die Patientin unter einer Erkrankung leidet, die neu aufgetreten ist Erkrankungsbeginn:

weil der Patient / die Patientin unter Schmerzzuständen leidet,

weil sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich und unaufschiebbar ist

weil es medizinisch nicht vertretbar ist, die Behandlung aufgrund der Einschränkungen des Leistungsumfangs des AsylbLG, auch zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen.

Begründung:

Eine Durchführung der Maßnahme bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger.

Wir erklären hiermit, dass ausschließlich die erforderlichen Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln durchgeführt werden, sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen erbracht werden. Werdenden Müttern und Wöchnerinnen werden ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel gewährt.

Eine Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Zahnersatz, sowie die Verordnung einer fachärztlichen Behandlung darf nur erfolgen, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar geboten ist. Vor Beginn der Behandlung ist dem Kostenträger Formular H zur Entscheidung vorzulegen.

Arzt	Anschrift	PLZ / Ort