

Arztformular

Hinweise für bevollmächtigte Vertreter

Dieses Formular soll von einem Arzt für den Fall ausgefüllt werden, dass ein Antragsteller die Unterlagen der Claims Conference nicht unterschreiben kann. Bitte reichen Sie dieses Formular beim Arzt des Antragstellers ein, damit er dieses ausfüllt. Der Arzt muss den Antragsteller **innerhalb der letzten beiden Monate gesehen haben**, damit die Claims Conference dieses Formular anerkennen kann.

Sobald es vom Arzt ausgefüllt ist, reichen Sie dieses Formular zusätzlich zu den anderen erforderlichen Dokumenten im **Original** bei der Claims Conference ein. Fotokopien, Faxe oder E-Mails werden nicht akzeptiert.

Hinweise für Ärzte

Dieses Formular soll für den Fall ausgefüllt werden, dass Ihr Patient die Unterlagen der Claims Conference nicht unterschreiben kann. Sie müssen den Patienten **innerhalb der letzten zwei Monate** gesehen haben.

Name des Arztes

Zulassungsnummer (SO FERN ZUTREFFEND)

Telefon

Adresse

Name des Patienten

Geburtsdatum

Datum des letzten Arztbesuchs

Bestätigung:

Ich bestätige hiermit, dass mir oben genannter Patient persönlich bekannt ist und ich ihn/sie am genannten Datum zum letzten Mal gesehen habe. Ich bestätige des Weiteren, dass mein Patient zum oben aufgeführten Zeitpunkt am Leben war und nach meinem besten Wissen auch heute noch am Leben ist.

Darüber hinaus bestätige ich, dass er/sie aufgrund ihres Gesundheitszustands:

bettlägerig und/oder nicht transportfähig ist;

und/oder

nicht in der Lage ist, offizielle Unterlagen zu unterschreiben

Ich bescheinige hiermit, dass obenstehende Informationen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und korrekt sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben oder unrichtige Darstellungen zu einer strafrechtlichen Verfolgung nach geltendem Gesetz führen können.

Unterschrift des Arztes	Datum / /
Arztstempel	