

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift:

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Falls abweichend – Anschrift, an die die
Unterlagen gesendet werden sollen:

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Telefonnummer: _____

Ich beantrage hiermit die Zusendung von:

- Bescheinigung über: _____
- Befund-/Behandlungsbericht
- anderes: _____

Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt und handschriftlich unterschrieben, zusammen mit einer Kopie Ihrer Gesundheitskarte per Post an folgende Adresse:

Psychotherapie-Ambulanz des IPP Münster
Schorlemerstraße 26
48143 Münster

Wir bitten um Verständnis, dass nur vollständige Anforderungen bearbeitet werden können.

Datum

Unterschrift

Ausfüllen von der Ambulanz: Identitätsnachweis erbracht am _____, gesichtet durch _____