F83_PTA IPP: Kommunikation Verwaltung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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 per Post zu. Sollte die Adresse, an die die Befunde versendet werden sollen von der abweichen, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erhoben haben, müssten Sie zudem eine Kopie Ihres Personalausweises (bis auf Name, Adresse und Geburtsdatum können die Angaben geschwärzt werden) beilegen.

Postanschrift:
Psychotherapie-Ambulanz des IPP Münster
Schorlemerstraße 26
48143 Münster

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

_____ _____
Datum Unterschrift

Auszufüllen von der Ambulanz: Identitätsnachweis erbracht am_____, gesichtet durch_____