

**Anlage F**

**Bestätigung über die unbedingte Notwendigkeit der Inanspruchnahme einer  
medizinischen Leistung**

Es wird bestätigt, dass die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

für Herrn/Frau.....

geboren am.....

Staatsangehörigkeit.....

medizinisch unbedingt notwendig ist.

Grund für die unbedingte medizinische Notwendigkeit:.....

Art der Behandlung:.....

.....  
Ort, Datum, Unterschrift und Stampiglie des bestätigenden Arztes