F83_PTA IPP: Kommunikation Verwaltung

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 Ihres Personalausweises (bis auf Name, Adresse und Geburtsdatum können die Angaben geschwärzt werden) 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

Auszufüllen von der Ambulanz: Identitätsnachweis erbracht am_____, gesichtet durch_____