

Anlage E

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

Es wird bestätigt, dass die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

für Herrn/Frau _____ medizinisch unbedingt notwendig
ist.

Datum, Unterschrift und Stampiglie des bestätigenden Arztes