

Anlage A

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

Es wird bestätigt, dass die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

für Herrn/Frau.....

geboren am.....

medizinisch unbedingt notwendig ist.

.....
Ort, Datum, Unterschrift und Stampiglie der/des bestätigenden Ärztin/Arztes