



Maßstäbe / neu definiert

Vers.-Nr. _____ (bitte immer angeben)

bitte an
Ihre Ärztin/Ihren Arzt
weitergeben

Erklärung:

Hiermit entbinde ich

Name Arzt: _____

ANSCHRIFT: _____

von seiner/ihrer Schweigepflicht und bitte, der

AXA Krankenversicherung AG
51059 Köln

die erforderliche Auskunft zu erteilen.

Vor-/Nachname: _____

Anschrift : _____

Telefon : _____ Fax: _____

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift



Antwort zu Vers.-Nr. _____

Bitte zurücksenden an:

Absender (Arzt/Ärztin):

AXA Krankenversicherung AG
KVL-O
51059 Köln

Tel.: _____

Fax : _____

Patient(in): _____

geb. am : _____

Um einen Versicherungsfall des o. g. Patienten einschätzen zu können, benötigen wir Ihre Hilfe.

Bitte geben Sie uns alle Behandlungsdaten seit _____ (= Datum 3 Jahre vor Versicherungsbeginn) mit den dazugehörigen Diagnosen an. Alternativ können Sie uns auch einen Auszug aus Ihrer Patientendatei als Kopie zukommen lassen.

Behandlungsdaten:
(bitte Name und Anschrift der Ärzte, wenn nicht selbst behandelt)

Diagnose(n) :
sowie Untersuchungsergebnisse (z.B. Labor, Röntgen, etc.)

Therapie(n) :
(Medikamente mit Tagesdosis)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.



Maßstäbe / neu definiert

Antwort zu Vers.-Nr. _____

Für Ihre Antwort danken wir Ihnen.

Liquidation:

Nach GOÄ-Pos. 75 berechne ich den _____-fachen Satz mit _____ EUR.

Bitte geben Sie uns hierzu Ihre Bankverbindung bekannt:

Kto: _____ BLZ _____ bei _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____, den _____
Ort, Datum Stempel und Unterschrift

Bitte schicken Sie die Unterlagen ausgefüllt an uns zurück.

Für Ihre schnelle und günstige Rückantwort
können Sie die nachstehende Fax-Nr. verwenden: 0221 148-41913