**Antrag Behandlungsschein**

Заява на отримання довідки про лікування

**طلب شهادة العلاج**

Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktenzeichen

Hiermit bitte ich um Ausstellung eines Behandlungsscheins **für folgende Personen:**

**Nachname Vorname**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Arzt  oder[ ]  Zahnarzt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Arzt  oder[ ]  Zahnarzt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Arzt  oder[ ]  Zahnarzt

[ ]  Ich bitte um Zusendung des Behandlungsscheins

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Der Behandlungsschein kann ab dem Folgetag innerhalb von 5 Werktagen **direkt im Foyer des Sozialamts** **(Vordereingang benutzen)** wie folgt abgeholt werden:

* Montag, Mittwoch und Freitag **zwischen 09:00 – 10:00 Uhr**
* Donnerstag **zwischen 14:00 – 15:00 Uhr**

**Hinweis**:

Sie können zukünftig den Behandlungsschein auch telefonisch unter 0681/506-4949 bzw. per Mail: sozialamt@rvsbr.de anfordern.