

Bescheinigung über Krankenbehandlung zur Vorlage bei der Ausländerbehörde

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

in meiner Eigenschaft als

(z.B. behandelnder Arzt, Leiter einer medizinischen Einrichtung)

Bezeichnung und Anschrift der medizinischen Einrichtung, Handelsregistereintragung, ggf. anderer Registereintrag

dass die Behandlung der Patientin/des Patienten

Nachname, Vorname: ,

geboren am:

wohnhaft (Adresse)

Reisepassnummer:

Staatsangehörigkeit:

stationär ambulant ambulant für regelmäßige Kontrollbesuche erfolgt.

Die voraussichtliche Dauer der Behandlung beläuft sich gemäß Therapieplan auf

bis 3 Monate bis 6 Monate bis 1 Jahr mehr als 1 Jahr

Ohne die Behandlung ist das Leben der Patientin/des Patienten bedroht oder es sind im Falle der Nichtbehandlung zumindest erhebliche bleibende Schäden zu befürchten.

Die Behandlung kann nur in Deutschland oder jedenfalls nicht im Herkunftsland der Patientin/des Patienten ausgeführt werden.

Die Behandlung erfolgt bei Dr.

Die Behandlungskosten sind im Vorfeld gesichert. Die Kostenfrage ist geklärt.

Eine persönliche Vorsprache bei der Ausländerbehörde

ist möglich

ist nicht möglich, da

Nur bei ambulanter Behandlung auszufüllen:

Rhythmus der ambulanten Behandlung:

Anzahl: wöchentlich monatlich quartalsmäßig jährlich

Liegt eine gültige Krankenversicherung des Patienten vor:

ja, gültig bis nein

Ist der Patient reisefähig? ja nein, weil

Nur bei Begleitpersonen auszufüllen:

Nachname, Vorname: ,

geboren am:

wohnhaft (Adresse)
Reisepassnummer:
Staatsangehörigkeit:

Begründung Notwendigkeit Begleitperson (insbesondere bei mehreren Begleitpersonen):

Liegt eine gültige Krankenversicherung der Begleitperson/en vor:
 ja, gültig bis nein

Eigenhändige Unterschrift des behandelnden Arztes
oder des Leiters der medizinischen Einrichtung

_____,
Ort, Datum:

Anlage:

- Therapieplan
- Passkopie u. ggfls. Kopie des Visums mit Einreisestempel des Patienten
- Passkopie u. ggfls. Kopie des Visums mit Einreisestempel des Begleiters