

Über E-Mail-Adresse: [Krankenschein-asyl@landratsamt-paf.de](mailto:Krankenschein-asyl@landratsamt-paf.de) einreichen

Wir bitten um Ausstellung und Weiterleitung eines Behandlungsscheines für nachfolgenden Patienten zu diesem Arzt.

<b>PATIENT:</b> (Nachname, Vorname)	
<b>Geb. Datum:</b>	
<b>Wohnort:</b> (Straße, PLZ Ort)	

<b>Termin</b> (Datum, Uhrzeit)	
<b>Arzt:</b> <b><u>(bitte vollständige Adresse der Praxis angeben)</u></b> , evtl. noch (Tel.Nr, E-Mail-Adresse)	

<b>Sprachermittler:</b>	
<b>Kostenträger:</b>	Sozialamt Pfaffenhofen