

# Anforderung zur Bestätigung der Mitgliedschaft der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen



Lebenslange Arztnummer\*

Betriebsstättennummer\*  0 0

Praxisname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Faxnummer \_\_\_\_\_

\*Bitte mindestens eine der beiden Nummern angeben, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Arztstempel

**Wir bitten um Ausstellung einer Mitgliedschaftsbestätigung für folgende Versicherte:**

**Wird von der AOK ausgefüllt**

KVNR oder Anschrift	Name	Vorname	Geburtsdatum	Quartal

Status	Anspruch besteht	WOP

**Bitte senden Sie die Anforderung an folgende Faxnummer: 069 66816 808706**

Die Übersendung der Behandlungsscheine an Ihre Praxis erfolgt aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich postalisch. Wir bitten Sie um Verständnis, dass aufgrund der Vielzahl der Anforderungen die Bearbeitung bis zu einer Woche in Anspruch nehmen kann.

Datum

Unterschrift