



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift:

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

**Falls abweichend – Anschrift, an die die Unterlagen
gesendet werden sollen:**

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Telefonnummer: _____

Ich beantrage hiermit die Zusendung von:

☐ Bescheinigung über: _____

☐ Befund-/Behandlungsbericht

☐ anderes: _____

**Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt und handschriftlich unterschrieben, zusammen mit einer
Kopie Ihrer Gesundheitskarte per Post an folgende Adresse:**

Psychotherapie-Ambulanz Universität Münster
Fliednerstr. 21
48149 Münster

Wir bitten um Verständnis, dass nur vollständige Anforderungen bearbeitet werden können.

Datum

Unterschrift

Auszufüllen von der Ambulanz: Identitätsnachweis erbracht am _____, gesichtet durch _____