



Versicherungsnummer

Heilfürsorge Bundespolizei

Aufnahmemitteilung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Patientin / Patient (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
Aufnahmetag	Name der Rehabilitationseinrichtung		

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Rehabilitationseinrichtung

