



Behandlerliste

Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
zur Prüfung des Sachverhaltes benötigen wir die Angaben zu allen behandelnden Ärzten,
Krankenhäusern und Praxen. Bitte gehen Sie einfach chronologisch vor und fügen Sie ggf. weitere
Seiten an. Dies vereinfacht die Abforderung der Behandlungsunterlagen zur Beurteilung und auch
ggf. im gerichtlichen Verfahren.
Vielen Dank.

Ihr Team der Kanzlei für Zahn- und Medizinrecht

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)	
Name Krankenhaus/Praxis	
Name des behandelnden Arztes	
Fachrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)	
Name Krankenhaus/Praxis	
Name des behandelnden Arztes	
Fachrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)	
Name Krankenhaus/Praxis	
Name des behandelnden Arztes	
Fachrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)		
Name Krankenhaus/Praxis		
Name des behandelnden Arztes		
Fachrichtung		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)		
Name Krankenhaus/Praxis		
Name des behandelnden Arztes		
Fachrichtung		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)		
Name Krankenhaus/Praxis		
Name des behandelnden Arztes		
Fachrichtung		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		

Behandlungszeitraum von... bis ... (ggf. laufend)		
Name Krankenhaus/Praxis		
Name des behandelnden Arztes		
Fachrichtung		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		

Anzahl der beigefügten Seiten für weitere Behandler: _____

Ort und Datum

Unterschrift