
Name

Strasse

Ort

An die

Krankenkasse

Strasse

Postleitzahl/ Ort

Meinerzhagen, den _____

Teilnahme am Hausarztvertrag

Änderungsmitteilung, Mitgliedsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem _____ habe ich durch meine Unterschrift die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung im Hausarztvertrag bestätigt. Als Hausarzt wurde ich bisher von Herrn Peter Nolte, Facharzt für Allgemeinmedizin in Meinerzhagen betreut und habe diesen auch als Hausarzt angegeben.

Da Herr Nolte seinen Arztsitz mit seiner Praxis jetzt verlegt hat, möchte ich Sie hiermit höflichst bitten, unter den neuen Daten Herrn Peter Nolte weiterhin als meinen Hausarzt mit den folgenden Daten einzutragen:

Peter Nolte
Ebbestrasse 14
58540 Meinerzhagen- Valbert

LANR: 413528801
BSNR: 188470200

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift