

**Bescheinigung** (Bitte vor ärztlicher Behandlung dem Arzt/Zahnarzt vorlegen)

Hiermit wird bestätigt, daß Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_,

bei Firma \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ beschäftigt und wohnhaft ist.

Es wird gebeten die Rechnung, bei folgender Anschrift abzurechnen:

Ärzte nach GOÄ: medizinische akute Behandlung.

Zahnärzte nach GOZ: schmerzstillende Zahnbehandlungen, Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

MSU GmbH  
Abt. Versicherung für Saisonarbeitskräfte  
Fichtenstr. 38, 76829 Landau

Generell bei Rechnungsstellung **bitte den Beschäftigungsbetrieb und Vers.-Zeitraum unbedingt angeben**, da sich sonst die Rechnungsbegleichung verzögern kann. Auf den Rezepten ist, die Diagnose zu vermerken.

**Einwilligungserklärung**

*Hiermit entbinde ich meine Ärzte von der Schweigepflicht und bitte Sie, meinem Versicherungsmakler und Versicherer MSU GmbH Landau die angeforderten ärztliche Berichte auszuhändigen.*

**O`swiadczenie zgody**

*Niniejszym zwalniam moich lekarzy z obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej i prosze ich by wydali mojemu ubezpieczycielowi zadana dokumentacje lekarska.*

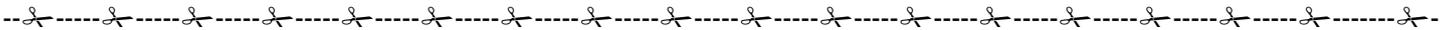
**Consimtămint**

*prin prezenta dezleg medicii de obligatia secretului profesional si vă rog de a transmite datele medicale cerute agentului meu de asigurare si Asigurării MSU GmbH Landau*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Beschäftigungsbetrieb

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erntehelfer



**Bescheinigung** (Bitte vor ärztlicher Behandlung dem Arzt/Zahnarzt vorlegen)

Hiermit wird bestätigt, daß Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_,

bei Firma \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ beschäftigt und wohnhaft ist.

Es wird gebeten die Rechnung, bei folgender Anschrift abzurechnen:

Ärzte nach GOÄ: medizinische akute Behandlung.

Zahnärzte nach GOZ: schmerzstillende Zahnbehandlungen, Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

MSU GmbH  
Abt. Versicherung für Saisonarbeitskräfte  
Fichtenstr. 38, 76829 Landau

Generell bei Rechnungsstellung **bitte den Beschäftigungsbetrieb und Vers.-Zeitraum unbedingt angeben**, da sich sonst die Rechnungsbegleichung verzögern kann. Auf den Rezepten ist, die Diagnose zu vermerken.

**Einwilligungserklärung**

*Hiermit entbinde ich meine Ärzte von der Schweigepflicht und bitte Sie, meinem Versicherungsmakler und Versicherer MSU GmbH Landau die angeforderten ärztliche Berichte auszuhändigen.*

**O`swiadczenie zgody**

*Niniejszym zwalniam moich lekarzy z obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej i prosze ich by wydali mojemu ubezpieczycielowi zadana dokumentacje lekarska.*

**Consimtămint**

*prin prezenta dezleg medicii de obligatia secretului profesional si vă rog de a transmite datele medicale cerute agentului meu de asigurare si Asigurării MSU GmbH Landau*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Beschäftigungsbetrieb

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erntehelfer