

**Befundbericht zur Genehmigung einer medizinischen Leistung
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 bzw. § 6 AsylbLG)**

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Wohnhaft:

Kurze Vorgeschichte mit Symptombeginn und Zeitpunkt der ersten Diagnose:

Bisherige Therapien:

Aktuelle Beschwerden:

Aktueller Untersuchungsbefund:

**Ergebnisse bisheriger Zusatzuntersuchungen:
(z. B. Labor, apparative und fachärztliche Untersuchungen)**

Warum ist die beantragte medizinische Leistung akut / dringend und nicht zu einem späteren Zeitpunkt möglich?

Warum ist die beantragte medizinische Leistung im Einzelfall für die Gesundheit unerlässlich?

Beantragte medizinische Leistung:

.....
(Ort, Datum)

.....
Stempel + Unterschrift des Arztes/der Ärztin