



Anforderung zur Bestätigung der Mitgliedschaft bei der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Lebenslange Arztnummer*	
Betriebsstättennummer*	
Praxisname	
Straße	
PLZ, Ort	
Faxnummer	

*Bitte eine der beiden Nummern angeben, sonst keine Zuordnung möglich

Arztstempel

Bitte senden Sie die Anforderung an folgende Faxnummer:

+49 6152 854998 4793

Wir bitten um Ausstellung einer Mitgliedschaftsbestätigung für folgende Versicherte:

KVNR	Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift (nur erforderlich sofern KVNR nicht vorhanden)	Quartal

Datum

Unterschrift, Stempel