

Ich lehne gemeinsam mit meinen betreuenden Ärzten die elektronische Gesundheitskarte in der jetzigen Form ab !



Ich werde meine bisherige Versichertenkarte weiterverwenden.

An meine Krankenkasse  
(Bitte Krankenkasse eintragen)

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich lehne gemeinsam mit meinen betreuenden Ärzten die elektronische Gesundheitskarte in der jetzigen Form ab !



Ich werde meine bisherige Versichertenkarte weiterverwenden.

An meine Krankenkasse  
(Bitte Krankenkasse eintragen)

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich lehne gemeinsam mit meinen betreuenden Ärzten die elektronische Gesundheitskarte in der jetzigen Form ab !



Ich werde meine bisherige Versichertenkarte weiterverwenden.

An meine Krankenkasse  
(Bitte Krankenkasse eintragen)

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich lehne gemeinsam mit meinen betreuenden Ärzten die elektronische Gesundheitskarte in der jetzigen Form ab !



Ich werde meine bisherige Versichertenkarte weiterverwenden.

An meine Krankenkasse  
(Bitte Krankenkasse eintragen)

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_