

**Anlage D**

**Bestätigung über die unbedingte Notwendigkeit der Inanspruchnahme einer  
medizinischen Leistung**

Es wird bestätigt, dass die Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

für Herrn/Frau \_\_\_\_\_ medizinisch unbedingt notwendig  
ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stampiglie des bestätigenden Arztes