

BKK Med Plus Center
Thiestr. 13
38226 Salzgitter

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich einen Hausarztwechsel vornehmen werde.

Begründung:

Wohnortwechsel

Schlechtes Hausarzt – Patientenverhältnis

Sonstiger Grund

Bitte Grund angeben: _____

Mein neuer Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Zeitpunkt des Arztwechsels (Monat/ Jahr): _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____