

Landkreis Havelland
Amt 55 – SG Asylbewerberleistungen
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow

Formular zur Rechnungslegung für Ukraine-Flüchtlinge

Angaben zur Patientin / Patienten

1. Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname:

2. Geburtsort :

3. Geschlecht (bitte ankreuzen) :

weiblich

männlich

divers

4. Staatsangehörigkeit (bitte ankreuzen) : ukrainisch

Drittstaatsangehöriger mit ständigem
ukrainischem Aufenthaltsrecht

5. Familienstand :

ledig

verheiratet

verwitwet

Derzeitige Wohnanschrift:

6. Telefon-Nr.:

7. Aufenthalt der Patientin / des Patienten in Deutschland seit : _____

8. Kopie des Personalausweises oder Passes oder eines anderen geeigneten Identitätsnachweises (sonstige amtliche Dokumente mit Lichtbild, beispielsweise Fahrerlaubnis)



9. Nur bei minderjährigen Patienten :

	Mutter	Vater
Vorname, Familienname		
Geburtstag		
Geburtsort		
derzeitige Anschrift		

10. Darstellung des medizinischen Notfalls (**vom Behandelnden auszufüllen**) :

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift