



Meldung von Funktionseinschränkungen der Krankenversichertenkarte

Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	
Tel.-Nr. für Rückfragen:	

Name Arztpraxis:	
Telefonnummer Arztpraxis	
Anschrift Arztpraxis:	
Datum des Arztbesuches:	
Genaue Beschreibung des Problems: ggf. Art der Fehlermeldung, neues Lesegerät beim Arzt, neue Software?	
Benötigt ihr Arzt einen Nachweis über ihren Anspruch auf Heilfürsorge zur Abrechnung?	ja ☐ nein ☒
Faxnummer Arztpraxis:	

Dokument als Mail versenden

Sollte der automatisierte Versand des Formulars nicht funktionieren, so senden Sie dieses Formular bitte an folgende Mail-Adresse: gs.hfsv.ppsi@polizei.sachsen.de