

## **Berechtigungsschein / Krankenfahrt**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

z.Zt. wohnhaft in: \_\_\_\_\_

ist gem. § 4 AsylbLG zur Inanspruchnahme einer Krankenfahrt berechtigt.

Ausgangsort: \_\_\_\_\_

Zielort: \_\_\_\_\_

**Der Berechtigungsschein ist nur am Tag der Ausstellung gültig!**

Die Rechnung ist spezifiziert und in einfacher Ausfertigung zusammen mit diesem  
Berechtigungsschein an die

Bezirksregierung Arnsberg

-Dezernat 20-

Seibertzstraße 1

59821 Arnsberg

zu übersenden.

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsort und Datum Unterschrift