

**MELDE-FORMULAR AN IHRE KRANKENKASSE (per Post oder Email schicken)**

---

**Adresse Ihrer Krankenkasse**


**NEUE ABRECHNUNGSNUMMER (ZSR) MEINER HAUSARZTPRAXIS**

---

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Hausarztpraxis MZ Brugg hat mich informiert, dass sie eine neue Abrechnungsnummer als ambulante ärztliche Einrichtung erhalten hat.

Bisher	Dr. med. Isabelle Fuss	ZSR T282919
<b>Neu</b>	<b>Hausarztpraxis MZB AG</b>	<b>ZSR N347519</b>

Als Versicherte/Versicherter im Argomed-Hausarztmodell bitte ich Sie um Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

**Ihre Personalien**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Mitgliednummer Krankenkasse

Ort/Datum:

---

Ihre Unterschrift

---