

An die  
Botschaft der Bundesrepublik Deutschland  
Manama

— **Vom Krankenhaus/ behandelnden Arzt auszufüllen - to be filled from  
Hospital/ attending Doctor**

Datum:

Vollständige Anschrift des Krankenhauses/ des/der behandelnden  
Arztes/Ärztin (kein Postfach)

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass die Kostenfrage für die Be-  
handlung des/der

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

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

Geb.datum: \_\_\_\_\_

**geklärt ist.**

Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin:

\_\_\_\_\_

Name / Vorname der unterzeichnenden Person:

\_\_\_\_\_