

Überweisungsbestätigung

Name/Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Versicherungs-Nr.	

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

wurde durch mich überwiesen

Überweisungsdatum	
Überweisung an	
Überweisungsdauer	

wurde **nicht** durch mich überwiesen

ich bin über die Behandlung informiert und mit der Kostenübernahme einverstanden

ist nicht mein/e Patient/in

Bemerkung		
	Ort / Datum	Stempel / Unterschrift Arzt