

Überweisungsbestätigung

Vorname _____

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Policen-Nr. _____

Durch den Hausarzt auszufüllen:

Patient/in wurde durch mich überwiesen.

Patient/in wurde vom Spezialisten überwiesen. Ich bin darüber informiert und im Sinne der Behandlung damit einverstanden.

Datum der Konsultation, welche zur Überweisung geführt hat: _____

Überweisung an _____

Überweisung gültig ab _____

Spitalarzt Ja Nein

Spital _____

Überweisungsdauer _____

Patient/in wurde nicht durch mich überwiesen.

Kein/e Patient/in von mir.

Bemerkungen _____

Ort/Datum _____

Stempel und Unterschrift
Arzt _____