



## Überweisungsbestätigung KPTwin.doc

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.

Überweisungsdatum \_\_\_\_\_

Überweisung an \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Bitte das Formular ausgefüllt, unterzeichnet und mit einer Klebeetikette versehen einsenden an:  
KPT, Postfach, 3001 Bern oder Fax +41 (0)58 310 86 35. Besten Dank.

