Überweisung Hausarztmodell

Patient/in: Name, Geburtdatum

_____
_____
_____

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

□ wurde durch mich überwiesen.

Überweisungsdatum:	
Überweisung an:	Dr. med. Katja Oomen-Welke Praktische Ärztin Frankentalerstrasse 55 8049 Zürich
Überweisungsdauer:	1 Jahr

□ ich bin über die Behandlung informiert und mit der Kostenübernahme einverstanden.

□ wurde nicht durch mich überwiesen.

□ ist nicht mein/e Patient/in.

Bemerkung:

_____

_____

Mit bestem Dank und freundlichen Grüssen

Ort: Datum: Stempel / Unterschrift