



VISANA

ÜBERWEISUNGSBESTÄTIGUNG

Name:	Geb. Datum:
PLZ / Ort:	Strasse:
Versicherten-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

Bemerkungen:

Ort:

Datum:

Stempel / Unterschrift Arzt: