

Überweisungsbestätigung

Versicherte Person

Vorname	Name
Strasse/Nr.	PLZ, Ort
Vers.-Nr. Visana	Geburtsdatum

(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