



KPT, Postfach, CH-3001 Bern  
kpt.ch

## 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 \_\_\_\_\_

Bitte das Formular ausgefüllt und unterzeichnet einsenden an:

KPT, Postfach, 3001 Bern oder Fax +41 (0)58 310 86 35. Besten Dank.

