



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

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.

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.

