

Überweisungsbestätigung Agrisano Krankenkasse AG

Hausarztmodell AGRI-eco

Hiermit überweise ich meine Patientin/meinen Patienten:

Vorname	Name
Geburtsdatum	Ort
Agrisano Vers.-Nr.	

an folgenden Spezialisten:

Vorname	Name
Strasse	Ort

Bemerkungen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Hausarztes

Diese Überweisungsbestätigung muss **vor Behandlungsbeginn** beim Spezialisten **durch den Hausarzt unterschrieben** und danach von der versicherten Person umgehend an die Agrisano Krankenkasse AG weitergeleitet werden.