

Service Center
EGK-Gesundheitskasse
Postfach
4242 Laufen

Hausarztversicherung Überweisung

Patient/Patientin:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
PLZ, Wohnort _____ Versichertennummer _____

Überweisung an:

Titel/Institution _____ Name, Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____

Spital stationär ambulant Spezialist** Vertretung Notfall

**Der Spezialist erbringt grundsätzlich nur Leistungen aus seinem Spezialgebiet.
Die EGK-Gesundheitskasse akzeptiert Überweisungen bis maximal 180 Tage ab Unterschrifts- oder Gültigkeitsdatum.

Überweisung gültig ab: _____ gültig bis: _____

Datum _____ Stempel und Unterschrift Hausarzt/Hausärztin _____