

# ZUWEISUNG

Wahlarzt

Kostenträger

Erwerbsstatus

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer  
Patient(in)     
Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte(r)     
Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

**Arbeitsunfähig:** Die vertraglich vorgesehenen  
**Rezeptgebührenpflichtig:** Kosten werden übernommen.

Diagnose:

Vorsorgeuntersuchung

Überweisung an:

**Dr. Jürgen Kern**  
Facharzt für Innere Medizin  
Palffygasse 2 (Erdgeschoß) • 2500 Baden  
Tel.: 0660 / 11 93 318

wegen:

Vorsorgekoloskopie

Nachstehendes Feld ist von dem Facharzt/prakt. Arzt auszufüllen, der die Behandlung übernommen hat bzw. die Befundung durchführt!

Diagnose: .....

Behandlungsbeginn am .....

Stempel und Unterschrift des Arztes

# ZUWEISUNG

Wahlarzt

Kostenträger

Erwerbsstatus

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer  
Patient(in)     
Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte(r)     
Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

**Arbeitsunfähig:** Die vertraglich vorgesehenen  
**Rezeptgebührenpflichtig:** Kosten werden übernommen.

Diagnose:

Vorsorgeuntersuchung

Überweisung an:

**Dr. Jürgen Kern**  
Facharzt für Innere Medizin  
Palffygasse 2 (Erdgeschoß) • 2500 Baden  
Tel.: 0660 / 11 93 318

wegen:

Vorsorgekoloskopie

Nachstehendes Feld ist von dem Facharzt/prakt. Arzt auszufüllen, der die Behandlung übernommen hat bzw. die Befundung durchführt!

Diagnose: .....

Behandlungsbeginn am .....

Stempel und Unterschrift des Arztes