

Überweisungsbestätigung

Hiermit überweise ich meine Patientin / meinen Patienten

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Versicherungsinstitut

Versicherten-Nr.

für die Dauer von

_____ Monaten, resp. _____ (Anzahl) Behandlungen

ab Datum _____

an folgende Craniosacral Therapeutin:

Praxis für Craniosacral Therapie

Eszter Kaszas

Klosterberg 11

4051 Basel

ZSR Nr. X569662

Telefon: 061 599 36 38

E-Mail: info@craniowelten.ch

Stempel und Unterschrift des Hausarztes

Unterschrift Patientin / Patient, bzw. versicherte Person oder deren gesetzlicher Vertreter

(Bitte schicken Sie diese Überweisungsbestätigung zusammen mit dem ersten Rückerstattungsbeleg an Ihre Krankenkasse)