

Verordnung zur podologischen Behandlung über die Zusatzversicherung

Personalien Patientin / Patient

Name

Vorname

Strasse Nr.

PLZ, Ort

Tel./Mobil (privat)

E-Mail (privat)

Krankenkasse Zusatzversicherung

Diagnose / Intervalle / Bemerkungen (durch Ärztin/Arzt auszufüllen)

Ärztin / Arzt

Ort, Datum und Unterschrift	Adresse, Telefon, E-Mail (Stempel)

Leistungserbringer, Podologie Praxis

Adresse, Telefon, E-Mail (Stempel)