

Groupe Mutuel Holding SA  
Rue des Cèdres 5  
CH-1919 Martigny

## Überweisungsbestätigung

Für

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versichertenr. \_\_\_\_\_

Ich habe die erwähnte Person an den folgenden Arzt überwiesen:

für ein spezielles Gutachten

für die folgende Untersuchung \_\_\_\_\_

zur Behandlung und Nachforschung

für einen chirurgischen Eingriff / stationären Aufenthalt

Diese Überweisung ist gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Vorname und Name des überweisenden Arztes**

**Datum**

**Unterschrift**