

Groupe Mutuel  
Rue des Cèdres 5  
1919 Martigny

# Überweisungsbestätigung

**Fax 058 / 758 49 86**

[prestations@groupemutuel.ch](mailto:prestations@groupemutuel.ch)

Als Hausarzt (MPR) von

Frau

Herr

Kind

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

habe ich die oben erwähnte Person an den untenstehenden 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 Hausarztes MPR: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_