

## Überweisungsformular

### Patient/Patientin

Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon privat:
Telefon mobil:
Telefon geschäftlich:
E-Mail:
Kostenträger:    Selbstzahler    Sozialamt    EL/IV
Versicherung:

### Überweiser/Überweiserin

Nachname:
Vorname:
Praxis:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Digitale Röntgenbilder, Befunde und Berichte bitte an  
[patienten.rege.zmk@unibe.ch](mailto:patienten.rege.zmk@unibe.ch) (HIN-verschlüsselt)

### Gesetzlicher Vertreter nach Art. 378 ZGB (falls zutreffend)

Name/Vorname:	Telefon:
---------------	----------

Anamnese
----------

Medikamente (ggf. separate Liste)
-----------------------------------

Befund
--------

Anliegen
----------

### Hausarzt/Hausärztin

Name:
Praxis:
Adresse:
Telefon: