



## PATIENTENINFORMATIONEN

---

Name

Vorname

Geburtsdatum (tt/mm/jjjj)

Strasse / Hausnummer

PLZ

Stadt

Land

Telefon

E-Mail

## KOSTENTRÄGER

---

Krankenkasse

Unfall

Selbstzahler

Name der Versicherung

Vers.-Nr.

## ZUWEISUNGSGRUND

---

## ZUWEISER

---

Praxisname

Vorname/Nachname

E-Mail

Damit uns alle wichtigen Informationen vorliegen, bitten wir Sie, die Unterlagen rechtzeitig an uns zu senden:

E-Mail: [praxis-hoengg@hin.ch](mailto:praxis-hoengg@hin.ch)

Datum (tt/mm/jjjj):