
FAMILIEN- UND VORNAME DER/DES VERSICHERTEN

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER UND GEBURTSDATUM

PLZ/ORT

STRASSE

TELEFON / E-MAIL

(BITTE GEBEN SIE IHRE TELEFONNUMMER ODER E-MAIL ADRESSE AN, WIR INFORMIEREN SIE ÜBER DEN NÄCHSTEN TERMIN.)

VERSICHERT BEI: GKK BVA GEW. WIRTSCH. ANDERE _____

SIE SIND INSULINPFLICHTIG: JA NEIN

SIE MÖCHTEN EINE/N ANGEHÖRIGE/N ZUR SCHULUNG MITNEHMEN: JA NEIN

NAME DES/DER BEHANDELNDEN ARZTES/ÄRZTIN _____

DATUM

UNTERSCHRIFT

ICH ERKLÄRE MICH MIT DER ELEKTRONISCHEN ERFASSUNG DIESER DATEN ZU VERRECHNUNGSZWECKEN EINVERSTANDEN. MEINE DATEN WERDEN NICHT WEITERGEGEBEN.

BITTE
AUSREICHEND
FRANKIEREN

AVOS
ARBEITSKREIS FÜR
VORSORGE MEDIZIN
SALZBURG

ELISABETHSTRASSE 2
A-5020 SALZBURG