



CSS

Versicherung

Für INTRAS-Versicherte mit einer Versicherung FIRST MED

# Überweisungsbestätigung

## Hiermit überweise ich meine(n) Patient(in)

Vorname

Name

Geburtsdatum

Wohnhaft in

## an folgenden Spezialisten

Vorname

Name

Strasse / Hausnummer

PLZ / Ort

Ausstellungsdatum

Stempel und Unterschrift des Hausarztes

Kundennummer INTRAS

Unterschrift Patient(in) bzw. versicherte Person oder deren gesetzlicher Vertreter

Diese Überweisungsbestätigung muss innert **10 Tagen nach Behandlungsbeginn beim Spezialisten** an die INTRAS zugestellt werden.

INTRAS  
Contact Center  
Postfach  
6002 Luzern