



Selbstüberweisung an Privatpraxis am ZZM

Datum: _____

Inhaberin/Inhaber Privatpraxis

Patientin/Patient

Frühere Behandlung im ZZM? Ja, (wann und wo? _____) Nein

Kostenträger

Selbstzahler/in KVG UVG/IV/MV Ergänzungsleistung zur AHV/IV Sozialamt Asylbewerber

Grund der Konsultation

Unterschrift

Patientin/Patient