



AHV-Nummer / Wohnsitzgemeinde (Schriften)

Wir bitten Sie, uns Ihre AHV-Nummer und ihre Wohnsitzgemeinde mitzuteilen.

Name..... Vorname.....

AHV-Nummer.....

Geburtstag.....

Wohnsitzgemeinde.....

Krankenkasse

Wir bitten Sie, uns die genaue Adresse Ihrer Krankenkasse und Ihre Versicherungsnummer mitzuteilen.

Bringen Sie bitte beim Eintritt Ihre Krankenkassenkarte mit.

Adresse der Krankenkasse:

Name

Adresse.....

PLZ / Ort

Versicherten- oder Policen Nr.

In welchem Modell sind Sie versichert?

Freie Arztwahl Ja

HMO/Hausarztmodell Ja

zuständiger Arzt/Ärztin, Zentrum:

.....

Telmed-Modell Ja

welches Modell?

Haben Sie ausstehende Krankenkassenprämien? Ja Nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, die Richtigkeit dieser Angaben mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen:

Ort, Datum: Unterschrift:

Freundlichen Grüsse

Mühlhof
Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation