
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 _____

VOR- UND NACHNAME DES HAUSARZTES/DER HAUSÄRZTIN

PLZ/ORT

STRASSE

DATUM

UNTERSCHRIFT

ICH ERKLÄRE MICH MIT DER ELEKTRONISCHEN ERFASSUNG UND WEITERLEITUNG MEINER DATEN ZU VERRECHNUNGSZWECKEN UND ZU ZWECKEN DER WISSENSCHAFTLICHEN AUSWERTUNG EINVERSTANDEN.

BITTE
AUSREICHEND
FRANKIEREN

AVOS
GESELLSCHAFT FÜR
VORSORGEMEDIZIN
GMBH

ELISABETHSTRASSE 2
A-5020 SALZBURG