

VVG-Verordnung für Podologie

Datum: _____

PatientIn	
Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____ Geschlecht _____
Strasse	_____
PLZ/Ort	_____
AHV-Nr.	_____
Telefon	_____
Mail	_____

Empfänger: _____

Versicherer	
Name	_____
Strasse	_____
PLZ/Ort	_____
GLN	_____

Arbeitgeber / Versicherungsdaten	
Name	_____
PLZ/Ort	_____
Gesetz/Vers.-Nr	_____
Unfall-Datum/-Nr.	_____

Verordnung		
<input type="checkbox"/> Podologie / med. Fussbehandlung	<input type="checkbox"/> Orthonyxie	<input type="checkbox"/> Nagelprothetik
<input type="checkbox"/> Fuss- und Unterschenkelmassage	<input type="checkbox"/> Korrektur- und Druckschutzorthese	
<input type="checkbox"/> Anderes:	_____	

Zuweisungsgrund	
Diagnose	_____
Behandlungsgrund	_____
Bemerkungen	_____

Arzt/Ärztin	
GLN	_____ ZSR _____
Mail	_____

Podolog/in	
GLN	_____ Tel. _____
Mail	_____

Elektronische Übermittlung	
