

BEDINGUNGEN

Eine maximale Rückerstattung von 25 € pro Ziviljahr, für alle Krankheiten zusammengenommen, die sich auf folgende krankheitsvorbeugende Untersuchungen beziehen: Brustkrebs, Prostatakrebs, Darm- und Dickdarmkrebs, Osteoporose, Diabetes Typ 2, Herz-Kranzgefässerkrankungen, Neurodegenerative Erkrankungen oder von AIDS.

VOM KUNDEN AUSZUFÜLLEN ODER BITTE EINE IDENTIFIKATIONSVIGNETTE AUFKLEBEN

Name :
Vorname :
Nationalregisternummer : * - *
Strasse und Hausnummer :
Postleitzahl und Gemeinde :
Telefonnummer :
Email-Adresse :

Ou

PLATZIERE DEINEN
AUFKLEBER HIER

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Ich, Doktor in Medizin (Name und Vorname) :
bestätige eine Untersuchung ausgeführt zu haben am : / / bei dem obengenannten Patienten im Rahmen der folgenden Vorsorgeuntersuchung :

- Der Osteoporose
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung und Knochendichtemessung)
- Des Brustkrebs
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung und Mammographie)
- Des Darm -und Dickdarmkrebs
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung)
- Der Herz-Kranzgefässkrankheiten
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung)
- Des Diabetes Typ 2
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung)
- Des Prostatakrebs
Nomenklaturnummer der Untersuchung :
Bezahlter Betrag : (Untersuchung)
- AIDS
Bezahlter Betrag : (Blutabnahme)
- Neurodegenerative Erkrankungen
Bezahlter Betrag : (Untersuchung)

Datum : / /

Unterschrift und Stempel des Arztes :