



Um uns zu helfen, den Antrag Ihres Patienten schnell zu bearbeiten, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus.

Pour nous aider à servir rapidement votre patient, veuillez compléter ce coupon.

1 • Ihre Behandlungsdiagnose oder formelle Diagnose der Krankheit oder der Verletzung.

Votre orientation diagnostique ou votre diagnostic formel de la maladie / blessure.

2 • Datum der ersten Konsultation Ihres Patienten wegen dieser Krankheit oder Verletzung.

Date de la première consultation de votre patient(e) concernant cette maladie / blessure.

Tag _____ Monat _____ Jahr _____
Jour Mois Année

Name des Patienten:

• **Nom de votre patient(e) :** _____

Vorname des Patienten:

• **Prénom de votre patient(e) :** _____

Name des Arztes:

• **Nom du médecin :** _____

Telefonnummer des Arztes:

• **Téléphone du médecin :** _____

Faxnummer des Arztes:

• **Fax du médecin :** _____

Tag _____ Monat _____ Jahr _____
Jour Mois Année

Unterschrift und Stempel des Arztes:

• **Signature et tampon du médecin**