

Meldung neuer Hausarzt

(Gilt nur für SLKK-HomeCare)

Versichertenangaben

Vorname: _____ Name: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Geb. Datum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Mein neuer Hausarzt aus der Arztmap-Liste / www.arztmap.ch

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____

Gültig ab: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Zurück an die Krankenkasse SLKK per Post oder E-Mail: id@slkk.ch