

Stempel und Unterschrift des Arztes	Versicherter: _____ Anschrift: _____ Angehöriger: _____	Geburtsdatum Vers.-Nr. Tag Monat Jahr _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---	--

OPERATIONS-ERGÄNZUNGSSCHEIN		BVA	VA	KFA	Anmerkung des Arztes auf der Rückseite!
		Zutreffendes bitte ankreuzen!			
Stationäre Behandlung vom: _____ bis: _____	Operationstag: _____	1. Assistenz: Name, Anschrift, Bankverbindung			
Operationsort (Spital): _____		2. Assistenz: Name, Anschrift, Bankverbindung			
Art der Operation (Pos.-Nr.): _____		Narkotiseur: Name, Anschrift, Bankverbindung			
Leistungen des Operateurs: Ordination am: _____ Visiten am: _____ Sonstige Leistungen: _____		Leistungen des Narkotiseurs: Visiten am: _____			

EDV F 16 - 100.000 - 10.89

Stempel und Unterschrift des Arztes	Versicherter: _____ Anschrift: _____ Angehöriger: _____	Geburtsdatum Vers.-Nr. Tag Monat Jahr _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---	--

OPERATIONS-ERGÄNZUNGSSCHEIN		BVA	VA	KFA	Anmerkung des Arztes auf der Rückseite!
		Zutreffendes bitte ankreuzen!			
Stationäre Behandlung vom: _____ bis: _____	Operationstag: _____	1. Assistenz: Name, Anschrift, Bankverbindung			
Operationsort (Spital): _____		2. Assistenz: Name, Anschrift, Bankverbindung			
Art der Operation (Pos.-Nr.): _____		Narkotiseur: Name, Anschrift, Bankverbindung			
Leistungen des Operateurs: Ordination am: _____ Visiten am: _____ Sonstige Leistungen: _____		Leistungen des Narkotiseurs: Visiten am: _____			

EDV F 16 - 100.000 - 10.89