



ANMELDUNG:

(Bitte graue Felder ausfüllen und per E-Mail oder Post retournieren)

Geschlecht: männlich weiblich

Name: Vorname

Adresse: PLZ/Ort:

Geburtsdatum: Zeit: Ort: Land:

Zivilstand:

Konfession:

Beruf:

Tel.-Nr. privat:

Tel.-Nr. Geschäft:

Mobile-Nr.:

Email:

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (auch nicht rezeptpflichtige wie z.B. Vitaminpräparate)?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Weshalb suchen Sie unsere Praxis auf (Behandlungsgrund / Beschwerdebild)?



(Bitte Kopie Ihrer Krankenkassenpolice beilegen oder nachfolgendes Formular ausfüllen)

Name der Krankenkasse (Grundversicherung / KVG):

Name der Krankenkasse (Zusatzversicherung / VVG):

Wie lautet Ihre Versichertennummer?

Haben Sie eine Zusatzversicherung (VVG) für Komplementärmedizin? Ja Nein

Besondere Bemerkungen:

Gibt es bereits Voruntersuchungen:

Röntgenbilder/MRI/CT?: * Blutuntersuchungen?: * Urinuntersuchungen?: * EGK/EEG?: *

(*Falls ja, bitte mitbringen bzw. beim Arzt oder Spital anfordern.)

Name und Adresse des Hausarztes:

Dr.

Adresse:

Tel.-Nr:

Email:

Bitte beachten Sie:

Mein Stundenansatz für alle Therapien beträgt 140 CHF.

Die Behandlungsdauer wird von der Therapeutin individuell, je nach Problemstellung festgelegt.

Krankenkassen / Zusatzversicherungen:

Ich bin von den meisten Krankenkassen anerkannt. Klären Sie vor der Behandlung ab, wie viel Ihre Krankenkasse an der Behandlung übernehmen wird. Meine Therapien werden über die Zusatzversicherung Alternativmedizin / Komplementärmedizin abgerechnet. Sollten Sie keine Zusatzversicherungen bei Ihrem Versicherer abgeschlossen haben, tragen Sie die Kosten für die Behandlung.

Datum:

Unterschrift / Name: