

Anmeldeformular

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....
Strasse:..... Plz/Ort:..... Geschlecht: W M
Beruf:..... Tel.:..... Mobile:.....
E-Mail:.....
Komplementärmedizinversicherung Ja Nein Krankenversicherer:.....
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?.....

Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Nehmen Sie insbesondere ein Medikament zur Blutverdünnung? Ja Nein

Haben Sie unten aufgelistete Krankheiten?

Schilddrüsenerkrankung: Ja Nein Hepatitis: Ja Nein

HIV Positiv: Ja Nein Herz-/Kreislaufbeschwerden: Ja Nein

Diabetes: Ja Nein Bluterkrankung: Ja Nein

Allergien: Ja Nein Wenn Ja, welche:.....

Haben oder hatten Sie andere ernsthafte Erkrankungen? (z.B. Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenerkrankungen, Lungenentzündung, Epilepsie)

Ja Nein Wenn ja, welche:.....

Tragen Sie "Fremdkörper" in sich? Ja Nein Wenn ja, welche:.....

Nür für Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Was sind Ihre momentanen Beschwerden?

.....
.....

Welchen Weg bevorzugen Sie, um Ihre Rechnung zu erhalten? Post E-Mail

Info über die Abrechnung mit der Krankenkasse:

Komplementär- oder Alternativmedizin gehören gemäss KVG nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen, wenn sie nicht von einem Schulmediziner ausgeführt werden. Ein Teil der Kosten werden Ihnen jedoch zurückerstattet, wenn Sie eine Zusatzversicherung für alternative Heilmethoden abgeschlossen haben. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die Höhe der Rückvergütung sowie des Selbstbehaltes.

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....