

Christian Aegerter

Naturheilpraktiker mit eidg. Diplom in Homöopathie und in Traditionelle Europäische Naturheilkunde TEN
Naturheilpraxis Industrieweg 30 · 3612 Steffisburg · Telefon 033 437 15 10
christianaegerter@bluewin.ch · www.christianaegerter.ch

Patienten Anmeldeformular

PatientInnen von Christian Aegerter bitte vor der ersten Behandlung ausfüllen

Name:.....Vorname:.....

Strasse:.....PLZ/Ort:.....

Geburtsdatum:.....Tel. Privat:.....

Tel. G:.....Natel:.....

E-Mail:.....Beruf:.....

Eltern/gesetzliche Vertreter (bei Kindern):.....

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Komplementärmedizin? Ja Nein

Krankenkasse (Zusatzversicherung):.....

Hausarzt/-ärztin (Name und Ort):.....

Mein Anliegen / Behandlungsgrund:

.....

.....

Nehmen Sie momentan Medikamente / Heilmittel? Nein Ja, folgende:.....

.....

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Inserat Flyer Internet Empfehlung Kurs/Vortrag Andere:.....

Wichtig: Die therapeutischen Leistungen werden von den meisten Krankenkassen zum Teil über die **Zusatzversicherung für Komplementärmedizin** vergütet. Bitte nehmen Sie zur individuellen Situation mit Ihrer Krankenkasse Rücksprache. Der Stundensatz beträgt 150,- Fr. Bei finanziellen Problemen sprechen Sie mich bitte vor Behandlungsbeginn an, so dass wir gemeinsam eine Lösung finden können. Bitte beachten Sie, dass Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, in Rechnung gestellt werden.

Zum Datenschutz: Ich erstelle über den Therapieverlauf Notizen. Die homöopathische Repertorisation der Symptome, allfällige Labordaten und Bilder werden elektronisch gespeichert. Alle Dokumente werden während zehn Jahren aufbewahrt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Dokumente einzusehen. Die Rechnungen werden anhand des Tarifs 590 erstellt. Es handelt sich dabei um ein elektronisches Abrechnungsprogramm, die Daten werden daher digital abgespeichert. Alle Daten lagern Passwortgeschützt.

Der Therapeut wird ermächtigt, bei Nachfragen der Krankenkasse Auskünfte über die stattgefundenen Termine, Grund der Behandlung und erfolgte Therapiemassnahmen zu erteilen.

Datum: **Unterschrift:**.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Inhalt dieses Anmeldeformulars zur Kenntnis genommen habe und diesem hiermit zustimme.

Ich wurde darüber informiert, dass jegliche Haftung des behandelnden Therapeuten, soweit gesetzlich zulässig, ausgeschlossen ist und erkläre hiermit, dass ich damit einverstanden bin.