



Patientennummer: _____

Anmeldeformular Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geschlecht: W/M _____
Adresse: _____	PLZ Wohnort: _____
Telefon privat (Mobile): _____	Telefon Geschäft: _____
Behandlungsgrund: _____	Unfall/ Schwangerschaft/Krankheit _____
Zusatzversicherung: Ja/Nein _____	Name KK: _____

Für Abklärungen der Kostenübernahme durch die Zusatzversicherung der Krankenkasse ist der Patient selber verantwortlich.

Identifikationsnummern: *GLN-Nr* 7601007530335 und *ZSR Nr.* G841960

Ich erkläre mich mit den Behandlungstarifen einverstanden und übernehme die vollen Kosten für Termine, die im Verhinderungsfall nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die obigen Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt, sowie die restlichen Informationen verstanden habe. Bei Unklarheiten oder Fragen werde ich den behandelnden Therapeuten daraufhin ansprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Tarife, bitte wenden

Anita Lienhard, MSc

www.myswisstcm.ch

Tel.(+41) 044 7671766

Tarife:

Tarifziffern	Beschreibung	TCM
1200	Anamnese/Untersuchung/Diagnostik	13.50/ 5 Min
1004	Akupunktur	13.50/ 5 Min
1208	Arzneimitteltherapie	12.50/ 5 Min
1146	Einwirkzeit	11.50/ 5 Min
1254	Nicht formalisierter Bericht	40.00

Preis (CHF)