

ChinaMed Zentrum Olten

Frau

Herr

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Privat: _____ Mobil: _____

Geb. Datum: _____ Zivilstand: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____@_____

Krankenkasse Grundversicherung: _____

Zusatzversicherung für Komplementärmedizin: _____

Die Behandlungen unserer Therapeuten für Traditionelle Chinesische Medizin werden nicht von der Grundversicherung übernommen. Die Leistungen der Zusatzversicherungen sind sehr unterschiedlich. Wir empfehlen Ihnen, sich direkt bei Ihrer Krankenkasse danach zu erkundigen.

Unfallversicherung: _____

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass vor Behandlungsbeginn eine Kostengutsprache eingeholt werden muss. Sollte die Versicherung nur einen Teil der Kosten übernehmen, stellen wir den Differenzbetrag Ihnen in Rechnung.

Hausarzt,-ärztin / Spezialarzt,-ärztin: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

ChinaMed Zentrum Olten

Martin Disteli-Str. 15 · 4600 Olten · Tel 062 297 01 88 · Fax 062 297 03 44

www.chinamed-olten.ch · info@chinamed-olten.ch

ChinaMed Zentrum Olten

Fragebogen

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns folgende Fragen beantworten möchten:

1. Für welche Beschwerden suchen Sie Behandlung im Chinamed Zentrum?

2. Welche Massnahmen haben Sie diesbezüglich bisher angewendet?

3. Aus welchen Gründen ziehen Sie eine Behandlung im Chinamed Zentrum vor?

4. Wie wurden Sie auf das Chinamed Zentrum Olten aufmerksam?

Datum: _____ Name: _____