

CHINAMED ZENTRUM OLTEN

Frau

Herr

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

Geb. Datum _____

Beruf _____ 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 fallen unterschiedlich aus. 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.

Hausärzt*in / Spezialärzt*in _____

Bitte lesen sie nachfolgende Aussagen aufmerksam durch und bestätigen Sie, dass Sie sie verstanden haben, indem Sie das Kästchen ankreuzen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte ans Sekretariat:

Ich wurde hiermit aufgeklärt, dass meine Daten vertraulich behandelt werden. Sie dienen ausschliesslich behandlungs- und praxisbezogenen Zwecken und werden weder für Werbung noch anderweitig zweckentfremdet.

Ich wurde hiermit aufgeklärt, dass die Rechnung für die Behandlung über mich abgerechnet wird. Ich werde somit die Rechnung bezahlen und den Rückforderungsbeleg selbständig an die Krankenkasse der Zusatzversicherung weiterleiten.

Datum _____ Unterschrift _____

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: _____