

## 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](http://www.chinamed-olten.ch) · [info@chinamed-olten.ch](mailto:info@chinamed-olten.ch)