

## ANMELDUNG

---

### PERSONALIEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel P: \_\_\_\_\_

Tel G: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer 756 \_\_\_\_\_

(Sie finden die AHV-NR auf der Krankenkassenkarte)

### HAUSARZT/ZUWEISENDER ARZT

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### KRANKHEITEN, BESCHWERDEN

• Herz-Kreislauf: \_\_\_\_\_

• Tumore, Krebs: \_\_\_\_\_

• Osteoporose: \_\_\_\_\_

• Lungen: \_\_\_\_\_

• Epilepsie: \_\_\_\_\_

• Diabetes: \_\_\_\_\_

• Metallimplantate: \_\_\_\_\_

• Allergien: \_\_\_\_\_

• andere: \_\_\_\_\_

Um Komplikationen zu vermeiden, sind wir auf Ihre vollständigen Angaben angewiesen. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den zuständigen Therapeuten. Wir weisen Sie darauf hin, dass Verbrauchsmaterialien und Zusatzleistungen, welche für eine optimale Behandlung notwendig sind, nicht kassenpflichtig sind und daher von Ihnen selbst bezahlt werden müssen. Diese Anmeldung gilt für die bevorstehende und alle folgenden Behandlungen.

Datum: \_\_\_\_\_

### KOSTENTRÄGER KRANKENZUSATZVERSICHERUNG

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### BITTE BEACHTEN SIE:

In der Regel wird die Osteopathie und die medizinische Massage von Ihrer Kranken-Zusatzversicherung übernommen. Erkundigen Sie sich bitte direkt bei Ihrer Krankenversicherung. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher, sonst wird Ihnen die reservierte Zeit in Rechnung gestellt.

**BEHANDLUNGSVERLAUF**

Diagnose:

---

---

---

Hauptproblem:

---

---

---

Schmerz und Schmerzverhalten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

