



Informationstransparenz für Sie und uns

 inkl. DSG

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, lesen Sie alles in Ruhe durch und geben Sie es uns unterschrieben ab. Besten Dank für die Zusammenarbeit.

Angaben zu Ihrer Person oder zu Ihrem Kind

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

Geburtsdatum _____ Mail _____

Beruf/Tätigkeit _____

Zivilstand: ledig, Lebenspartner, verheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet, eingetragene Partnerschaft
Bitte entsprechendes unterstreichen

Name, Vorname des Partners _____

Kinder mit Jahrgängen _____

Bei Kindern: Eltern/Verantwortliche P. _____

Welche Versicherung übernimmt Ihre Kosten?

Unsere anerkannte Naturheilpraktiker finden Sie unter Punkt 1 auf der Rückseite

Komplementär; welche? _____

Liegt ein Vorbehalt der Versicherung vor? _____

Nur ausfüllen wenn keine Komplementärversicherung vorhanden ist:

Selbstzahler \Rightarrow Bar Rechnung oder Unfallvers. / IV / Militärvers.: AHV Nr. _____

Grund des Besuches?

Wir bitten um Stichworte, da diese den Krankenkassen gegenüber auf Ihrer Rechnung stehen werden

Hauptbeschwerden _____

Weitere Beschwerden _____

Sind Sie parallel in Behandlung?

Wenn ja, bitten wir um kurze Angaben bei wem, wofür...

Arzt _____

Physio / Heilpraktiker/Therapeut _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Es ist immer ein Aufsteller für uns, zu wissen woher man uns kennt. Es freut uns wenn Sie auch den Namen angeben.

Produkte/Vorträge _____ Internet _____

Freunde/Bekannte _____ Anders _____

Information und Einverständnis

- Wir sind von allen üblichen Komplementärversicherungen der Schweiz anerkannt. Wie viel Ihre Kasse Ihnen zurückerstattet hängt von Ihrem Versicherungsvertrag ab. Sie können bei Ihrer Komplementärversicherung nachfragen wie viel Sie Ihnen an eine Konsultation bezahlen und bei wem:

Marianne Krebs, Kant appr. Naturheilpraktikerin BE, ZSR santé-suisse Nr Z835360

Verena Th. Gerber, Kant appr. Naturheilpraktikerin BE, ZSR santé-suisse Nr N430560

Ja nach Kasse rechnen wir nach dem Tarif 590 ab.

Gesundheitspraxis Sunne . Lenkstrasse 1 . CH-3770 Zweisimmen

Tel. 033 722 45 65 . mail@alpmed.ch . www.alpmed.ch



- Im Rahmen Ihres Besuches in unserer Praxis stellen wir Ihnen Rechnung mit dem Stundenansatz von CHF 140.--, darin enthalten sind 10 Min. für Dokumentation und Wechselzeit. Die angebrochene Viertelstunde wird circa ab der Hälfte aufgerundet. *Es liegt in Ihrem eigenen Ermessen wie viel Zeit Sie bei uns verbringen. Wir sind bemüht Ihnen unser Wissen so lange zur Verfügung zu stellen bis Ihre Fragen geklärt sind, besonders wenn Sie eine weite Anreise haben.*
- Die Rechnung der Praxiszeit und Einzahlungsschein senden wir Ihnen zu. Sie bezahlen den Betrag per EZ, Bank-, Postüberweisung an uns.
- Den Rückforderungsbeleg, Exemplar für den Versicherer, können Sie Ihrer Krankenkasse für die Kostenrückerstattung senden, die Kopie bewahren Sie am besten bei sich auf.
- Je nach Situation arbeiten wir allein oder zu zweit in der Praxis, der oben genannte Stundenansatz bleibt. Auch Praktikanten sammeln bei uns Erfahrung, Sie dürfen sich gerne äussern, wenn Sie wünschen, dass diese nicht dabei sein sollen. Unser Ziel ist es, Ihnen innert der Zeit, die Sie bei uns sind, ein hohes Niveau an komplementärmedizinischer Therapie und Beratung zu bieten.
- Anhand unserer Erfahrung und bei Bedarf des Muskeltestverfahrens zeigen wir Ihnen auf, auf welche Heilpflanzen und Produkte ihr Körper zurzeit - mit einer Stärkung seiner Selbstheilungskräfte - reagieren kann. Sie können diejenigen Produkte - im Geschäft Ihrer Wahl - auswählen, welche Sie zur Selbstbehandlung verwenden möchten.
- Sie haben die Möglichkeit eine **komplementärmedizinische Körperanalyse** machen zu lassen. Mit dieser erhalten Sie während der Besprechungszeit in der Praxis (siehe zweiter Punkt) wichtiges Wissen über Ihren Körper und seine Zusammenhänge. Die Analyse kostet CHF 295.-- und wir meist von den Komplementärversicherungen nicht übernommen.

Das seit dem 01. September 2023 geltende DSGVO-Datenschutzgesetz der Schweiz ist mit dieser Unterschrift zur Kenntnis genommen und die Erlaubnis des Datenaustausches erteilt. Ebenso entsprechende «Updates» und Anpassungen. *Sie haben das Rückrufsrecht dieses Schreibens, dies gilt nur für den Teil unterhalb dieses Abschnittes.*

- Grundsätzlich verwenden wir Ihre Daten nicht weiter.
- Die Patientendaten können innerhalb des Praxisteams weitergegeben werden, zur Administrativen Bearbeitung und allenfalls gemeinsamer Beratung, damit Sie die von uns bekannte Topqualität an Beratung und Therapie erhalten können.
- Für Telefonate über ¼ Stunde und / oder mehrfachen Telefonaten erlauben wir uns, der Situation angepasst, einen Teil der Telefonzeit zu verrechnen.
- Bitte melden Sie uns bis 48 Stunden vorher, wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können. Wir erlauben uns bei kurzfristiger Abmeldung, die Verrechnung einer ½ Stunde Konsultation.
- Die Krankengeschichte ist per Gesetz Eigentum des Patienten, sie wird bei uns gelagert. Auf Anfrage erhalten Sie den Bericht - exklusiv der persönlichen Notizen der Naturheilpraktiker.
- Falls die obenstehenden Bedingungen eine Hürde (z.B. finanzielles Problem) für Sie darstellen, dann bitte sprechen Sie uns am Anfang darauf an. Gemeinsam finden wir bestimmt eine Lösung.
- Wir ersetzen keinen Arzt und erstellen keine Diagnosen, hierfür konsultieren Sie bitte ihren Arzt.
- **Ein Exemplar benötigen wir ausgefüllt und unterschrieben für unsere Kartei. Gerne dürfen Sie für sich ein solches Blatt zu ihren Akten mitnehmen.**

Ich bin mit diesen Bedingungen einverstanden

Ort, Datum _____ Unterschrift _____