

## ANMELDEFORMULAR

<b>NAME</b>	<b>VORNAME</b>	<b>GEBURTSDATUM</b>
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
NOME	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH

<b>STRASSE+NR</b>	<b>PLZ</b>	<b>WOHNORT</b>
STRADA+NO.	NPA	LOCALITA
RUE+NO.	NPA	LOCALITE
STREET+NO.	ZIP	LOCATION

<b>TELEFON PRIVAT</b>	<b>TELEFON GESCHÄFT</b>	<b>MOBILE</b>
TELEFONO PRIVADO	TELEFONO PROF.	
TELEPHONE PRIVE	TELEPHONE PROF.	
TELEPHONE PRIVATE	TELEPHONE PROF.	

**E-MAIL**

<b>ZIVILSTAND</b>	<b>NATIONALITÄT</b>	<b>SPRACHE</b>
STATO CIVILE	NAZIONALITA	LINGUA
ETAT CIVIL	NATIONALITE	LANGUE
MARITAL STATUS	NATIONALITY	LANGUAGE

<b>BERUF</b>	<b>ARBEITGEBER</b>	<b>ADRESSE</b>
PROFESSIONE	DATORE DI LAVORO	INDIRIZZO
PROFESSION	EMPLOYEUR	ADRESSE
PROFESSION	EMPLOYER	ADRESS

<b>HAUSARZT</b>	<b>ADRESSE</b>
MEDICI DI FAMIGLIA	INDIRIZZO
MEDECIN DE FAMILLE	ADRESSE
GENERAL PRACTITIONER	ADRESS

<b>ZUWEISENDER ARZT</b>	<b>ADRESSE</b>
MEDICO CURANTE	INDIRZZO
MEDECIN TRAITANT	ADRESSE
ATTENDING PHYSICIAN	ADRESS

<b>ZUSATZVERSICHERUNG</b>	<b>SEKTION/ORT</b>	<b>VERSICHERUNGSNUMMER</b>
ASSICURAZIONE COMPL.	SEZIONE/LOCALITA	N. D'ASSICURATO
ASSURANCE COMPL.	SECTION/LOCALITE	N. D'ASSURE
HEALTH COMPL.	BRANCH/LOCATION	INSURANCE NUMBER
<b>privat</b> <input type="checkbox"/>	<b>halbprivat</b> <input type="checkbox"/>	<b>allgemein</b> <input type="checkbox"/>

**WIE SIND SIE AUF POINT OF BALANCE AUFMERKSAM GEWORDEN?**

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift der/des Patientin/Patienten</b>
Luogo, data	Firma del/della paziente
Lieu, date	Signature du patient/de la patiente

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass der Betrag von CHF 180.- für die Erstbehandlung und CHF 160.- für jede weitere Behandlung vor Ort in Rechnung gestellt wird.

Sie erhalten für Ihre Krankenkasse einen Rückforderungsbeleg. Um eine anteilige Kostenübernahme zu gewährleisten, benötigen Sie eine Zusatzversicherung für "Alternativmedizin".