

Seite 1/2

Personalien

Name und Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telnr. _____ Mailadresse _____

Geb. Datum _____ Beruf _____

Behandlungsgrund _____

Krankenkasse

Grundversicherung KVG _____ Zusatzversicherung VVG _____

Hausarzt _____

Sind sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an

Ja

Nein

Diabetes

Epilepsie

Herz- Kreislauf Erkrankungen

welche _____

Gefässerkrankungen

welche _____

Thrombose / Embolie

Allergien / Hautunverträglichkeiten

welche _____

Krebs

Art _____

Infektionskrankheiten

welche _____

Asthma

Psychischen Krankheiten

welche _____

Andere Krankheiten

welche _____

Besteht eine Schwangerschaft

Seite 2/2

Der Bezug einer Massage liegt in Ihrer Verantwortung. Bitte teilen Sie mir mit wenn sich ihr Gesundheitszustand verändert hat. Bitte klären Sie vor der Behandlung ab ob und wie viel Ihre Krankenkasse an Kosten übernimmt.

Im Verhinderungsfall bitte ich Sie sich spätestens 24h vorher abzumelden. Andernfalls muss ich die verpasste Behandlung verrechnen. Für verpasste Behandlungen wird kein Rückforderungsbeleg für die Krankenkasse erstellt bzw. die Sitzung wird als «nicht stattgefunden» deklariert.

E-Mail Versand: Ja Nein

Ich _____ (Vorname/Name des/der Patienten/in)

willige hiermit ein, dass meine Rechnungen elektronisch per E-Mail an mich oder an die zuständige Versicherung übermittelt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Rechnungen besonders sensitive Informationen enthalten können.

Ich bin mir bewusst, dass der elektronische Versand der Rechnungen über E-Mail unverschlüsselt erfolgt, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder die Informationen verändern können.

Ich bestätige hiermit, dass meine Rechnungen auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin elektronisch übermittelt werden, und ich mir der dabei entstehenden Risiken für meine Persönlichkeit bewusst bin und diese in Kauf nehme.

Datum _____ Unterschrift _____

Sämtliche Informationen werden vertraulich behandelt!