



Agnes Waser  
KomplementärTherapeutin mit eidg. Diplom

## Anmeldeformular für Klienten

Damit ich meine Leistungen gemäss dem Tarif 590 für ambulante komplementärmedizinische Leistungen VVG in Rechnung stellen kann, benötige ich die nachfolgenden Angaben von Ihnen.

Bitte füllen Sie das Formular aus, unterschreiben es und bringen es zur 1. Therapiesitzung mit, oder senden es mir per Post oder E-Mail zu.

Ihre Privatsphäre bleibt gewahrt. Die Daten werden selbstverständlich nur von mir genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

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

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

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

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungskarten-Nr.: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.