|  |
| --- |
| **Anmeldung** China-MedCare - Praxis Jianqian PAN, Hauptstrasse 12, 3250 Lyss |
| Name, Vorname: |
| Adresse: |
| PLZ/Ort: |
| Geburtsdatum: |
| Beruf: |
| Telefon: Mobil-Tel.: |
| E-Mail: |
| Hausarzt: |
| Haben Sie eine **Zusatzversicherung** abgeschlossen, welche die Leistungen im Bereich der Alternativ- bzw. Komplementärmedizin übernimmt? ❑ ja ❑ nein ❑ ich weiss nicht **(🡪 bitte nachfragen!)** |
| Wenn ja, bei welcher Versicherung? |
| Bitte fragen Sie bei Ihrer **Zusatzversicherung** in jedem Fall nach, ob und in welchem Rahmen die **Behandlungskosten bei Frau Jianqian PAN übernommen werden!** Für die Nachfrage bei Ihrer Zusatzversicherung geben Sie bitte **die ZSR-Nummer von Frau Jianqian PAN an: T198063** |
| Angaben des Erziehungsberechtigten **bei Personen unter 18 Jahren:**Name: Vorname:Adresse/PLZ/Ort: |
| Datum: Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungsberechtigte: |