

---

**Anmeldung**

China-MedCare - Praxis Zhe ZHAO, Thunstrasse 4, 3700 Spiez

---

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 Herrn Zhe ZHAO übernommen werden!**

Für die Nachfrage bei Ihrer Zusatzversicherung geben Sie bitte **die ZSR-Nummer von Herr Zhe ZHAO an: A428061**

---

Angaben des Erziehungsberechtigten **bei Personen unter 18 Jahren:**

Name:

Vorname:

Adresse/PLZ/Ort:

---

Datum:

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungsberechtigte: