
Anmeldung

China-MedCare - Praxis Dr. Fang CHAN-Dewar, 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 Dr. Fang CHAN-Dewar übernommen werden!**

Für die Nachfrage bei Ihrer Zusatzversicherung geben Sie bitte **die ZSR-Nummer von Frau Dr. Fang CHAN-Dewar an: V616762**

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

Name:

Vorname:

Adresse/PLZ/Ort:

Datum:

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungsberechtigte: