

Anmeldeformular

Anrede	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
C/o	
Adresse	
PLZ	
Ort	
Kanton	
Telefon	
E-Mail	
Nationalität	
Beruf	
Zusatzversicherung	
krankversicherung -Nr.	
AHV Nr.	
Zuweiser, GLN-/ZSR-Nr.	
Abrechnungsmethode	

Komplementärmedizinische Leistungen von chinesischem Arzt werden nur von einer Zusatzversicherung für Komplementärmedizin für anerkannte Therapeut rückvergütet. Ich empfehle Ihnen deshalb, Ihre individuelle Versicherungslage bei Ihrer Krankenkasse anzufragen.

Xu Huiliang: Zsr-Nr. X414661 EMR-Nr.12929 A-Mitglied NVS

Der Umgang mit meinen Personendaten erfolgt gemäss der aktuellen Datenschutzerklärung. Sie finden diese unter folgender URL:
<https://www.tcmxu.ch/documents/Datenschutzerklärung.pdf>



Ich stimme der Bearbeitung meiner besonders schützenswerten Personendaten gemäss Datenschutzerklärung zu.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss obigen Angaben über einen genügenden Versicherungsschutz verfüge. Andernfalls bin ich damit einverstanden, für alle entstehenden Kosten selbst aufzukommen. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende, als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution weiterzuleiten. Arzt/Ärztin ist ermächtigt, nach Rücksprache medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, senden Sie bitte diese PDF-Datei als Anhang an:
info@tcmxu.ch