



## Anmeldung

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

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Rechnung per Mail: ja  nein  nach jeder Behandlung  nach einer Serie

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ KK-Zusatzversicherung ja  nein

Behandlungsgrund / Diagnose \_\_\_\_\_

Zur ganzheitlichen Beurteilung bitte ich dich um Beantwortung folgender Fragen:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Bist du zurzeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nimmst du Medikamente?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hast oder hattest du:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Allergische Erkrankungen, z.B. Heuschnupfen?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwere Atemnot, Asthma?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herz- und Kreislauf-Beschwerden oder Erkrankungen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenbeschwerden oder -erkrankungen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Magen- oder Darmgeschwüre?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankungen des Gehirns, z.B. Tumor, Epilepsie?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infektionen z.B. mit dem HIV-Virus oder Borreliose?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gelbsucht, Leberkrankheiten?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Spitalaufenthalte, Operationen, Krankheiten und Unfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Wichtige Informationen für dich:

- Behandlungen in Craniosacral Therapie und im Berufskonzept der KomplementärTherapie haben folgende **Ziele**:  
Fördern und unterstützen der Selbstregulation, Selbstwahrnehmung und Genesungskompetenz.
- Craniosacral Behandlungen sind **kein Ersatz** für professionelle medizinische oder psychologische Beratung, Diagnose oder Betreuung.
- In der Regel sind mehrere Behandlungen nötig, um einem Körper genügend Zeit zu geben, sich zu regulieren und zu stabilisieren. Die **Häufigkeit und Dauer** geschieht nach Absprache im gegenseitigen Einverständnis und richtet sich nach deinem individuellen Therapie-Prozess.
- Eine Craniosacrale Behandlung dauert in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten.  
Der **Stundenansatz beträgt CHF 120.00**. Länger dauernde Behandlungen werden anteilmässig verrechnet. Du erhältst eine Rechnung mit Rückforderungsbeleg für die Krankenkasse.
- **Versicherungen**: Einige Krankenkassen übernehmen über die Zusatzversicherung Komplementär einen Teil der Behandlungskosten. Ich bin bei EMR, ASCA, VISANA und EGK registriert.  
Kläre bei deiner Krankenkasse eine Beteiligung an den Kosten ab.  
Bei anderen Versicherungen wie Unfallversicherungen, IV oder Militärversicherungen muss vor der ersten Behandlung eine Kostengutsprache eingefordert werden.
- Falls du deinen **Termin** absagen musst, benachrichtige mich bitte umgehend.  
Zu kurzfristige Abmeldung oder Nichterscheinen wird in Rechnung gestellt.
- Deine **persönlichen Daten** werden gemäss Datenschutzerklärung vertraulich behandelt.  
Als Praxissoftware wird das Programm tarif590.ch der Firma abegglen.net GmbH genutzt, welche die Einhaltung der Datenschutzrichtlinien und der Schweigepflicht bestätigt haben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_