

Personalienblatt

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Name	Vorname
-------------	----------------

Geburtsdatum	Geschlecht	weiblich männlich	Zivilstand	Nationalität
---------------------	-------------------	----------------------	-------------------	---------------------

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Strasse	PLZ	Ort
----------------	------------	------------

Telefon Privat	Natel	e-Mail
-----------------------	--------------	---------------

Beruf	Arbeitgeber	Telefon Geschäft
--------------	--------------------	-------------------------

Nächste Angehörige

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin	Hausarzt/ärztin
----------------------------------	------------------------

Krankenkasse/Grundversicherung	Mitgliedernummer
---------------------------------------	-------------------------

Zusatzversicherung	Mitgliedernummer
---------------------------	-------------------------

Mein Arzt ist ermächtigt, bei medizinischer Indikation Patientendokumente über mich zur Einsicht anzufordern.

Ich bestätige, dass ich das Tarifblatt erhalten und gelesen habe und nehme zur Kenntnis, dass komplementärmedizinische Leistungen und Nahrungsergänzungsmittel nicht aus der Grundversicherung bezahlt werden.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

Dr. med. Rudolf Winkler, Leitung, FA Neuraltherapie und FA Akupunktur | Dr. med. Dieter Thommen, FA Neuraltherapie
Waisenhausplatz 22 | CH-3011 Bern | Tel. +41 31 310 17 87 | info@gszw.ch | www.gszw.ch

Labor, Dunkelfeldmikroskopie, EKG, Lungenfunktion, Neuraltherapie, Bioresonanz, Ohrakupunktur, Homöopathie, MRT-Schröpftherapie, PST Pulsierende-Signaltherapie (Arthrosen, Sportverletzungen, Osteoporose), Colonhydrotherapie, Ozon-Aktivsauerstoff-, Eisen- und Vitalstoffinfusionen.