

Naturheilpraxis

Gabriele Berchtold, dipl. Naturheilpraktikerin NVS/EMR

Anmeldeformular

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____ Geschäft: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: ja nein

Wer hat Ihnen diese Adresse empfohlen? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ich freue mich Sie in meiner Naturheilpraxis begrüßen zu dürfen.

Laut Gesetzgebung stelle ich *keine Diagnose* und bin nicht in der Lage Krankheiten zu heilen. Die Gesundheitsberatung, sowie die von mir vorgeschlagenen Behandlungsarten zur Verbesserung Ihres Wohlbefindens *ersetzen in keinem Falle den Arzt*.

Bitte sagen Sie bei Verhinderung den Termin vorzeitig ab. Sie tun mir und anderen, die gerne einen Termin haben möchten, einen grossen Gefallen. Kurzfristig abgesagt Termine (bis 24 Stunden vorher) oder Nichterscheinen werden berechnet.

Mit besten Wünschen für Ihre Gesundheit

Gabriele Berchtold

Hiermit bestätige ich, das oben Geschriebene zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Gabriele Berchtold, dipl. Naturheilpraktikerin NVS/EMR
Schützenweg 22, 3014 Bern, 079 612 97 20
gabriele.berchtold@bmn.ch