

## Anmeldung

### PATIENT\*IN

Name ..... Vorname(n) .....  
Ledig Name ..... Zivilstand .....  
Strasse/Nr. .... PLZ/Wohnort .....  
Geburtsdatum ..... Geschlecht F / M  
Nationalität .....

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters (bis 18 Jahre) .....  
.....

AHV-Nr. .... Beruf/Arbeitgeber .....  
Telefon ..... Mobile .....  
E-Mail\* .....

- TP \*Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt über das Portal von healthapp.ch an meine Krankenkasse gesandt wird. Ich erhalte eine Kopie der Rechnung via E-Mail über das Portal von healthapp.ch zugestellt.
- TG \*Ich bin damit einverstanden, dass mir die Rechnung via E-Mail über das Portal von healthapp.ch zugestellt wird. Mit der Rechnung erhalte ich einen Rückforderungsbeleg, den ich bei meiner Krankenkasse einreichen kann.

Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse) .....  
.....

### KRANKENKASSE/VERSICHERUNG .....

Versicherten-Nr. ....  
VEKA-Nr. (Karten-Nr.) .....

### ZUSATZVERSICHERUNG .....

### BEHANDLUNGSGRUND

- Krankheit (Psychisches Leiden/Gesundheitsprobleme)  
 Unfall (Unfallfolgen)  
Falldatum ..... Fall-Nr. ....  
 IV/MV  
 Beratung/Coaching  
 .....

**ANORDNENDE/R oder ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT/HAUSARZT**

Name .....

Adresse .....

Telefon .....

E-Mail .....

ZSR oder GLN .....

- Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Bekannte     Presse     Internet     Krankenkasse

Sonstige  .....

- Sind Sie Fürsorge- oder Sozialhilfeempfänger\*in  JA     NEIN

- oder haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?  JA     NEIN

Ja, ich bin mit dem Austausch von Informationen oder Unterlagen über E-Mail einverstanden, auch wenn keine verschlüsselte Übertragung stattfindet.  NEIN

Ja, ich begleiche die Rechnung als Selbstzahler\*in  NEIN

Ja, eine Anordnung für psychologische Psychotherapie liegt vor.  NEIN

Ich entbinde Frau Lic. phil. Nathalie Baumann damit gegenüber dem anordnenden Arzt ..... von der Schweigepflicht.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift alles gelesen, verstanden und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben

Ort, Datum .....

Unterschrift des Klienten/der Klientin

.....