

Anmeldung für eine Tinnitus-Intensivwoche (4 Nächte)

gültig ab 12.2024

Angaben zur Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Zusatz	PLZ / Ort
Land	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geschlecht	Beruf
Telefon-Nr.	Mobile	E-Mail
Zu benachrichtigende Person im Notfall (Name, Adresse und Telefonnummer)		

Angaben zur Versicherung

Grundversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	807 Karten-Nummer
Zusatzversicherung (Krankenkasse mit Adresse) 756.	807 Karten-Nummer
AHV-Nummer	
Sind Sie Managed-Care versichert? <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> Freie Arztwahl <input type="checkbox"/> anderes _____	

Angaben zum Aufenthalt (Montag ca 10:00 Uhr – Freitag ca 16:00 Uhr)

Gewünschter Eintrittstermin am _____

Gewünschte Zimmerkategorie

<input type="checkbox"/> EZ Classic Park	pauschal CHF 840.--	
<input type="checkbox"/> EZ Superior Park	pauschal CHF 880.--	
<input type="checkbox"/> EZ Classic See	pauschal CHF 900.--	
<input type="checkbox"/> EZ Superior See	pauschal CHF 960.--	
<input type="checkbox"/> DZ Park (1er-Bel.)	pauschal CHF 980.--	pro Person / beide Patient oder Kurgast
<input type="checkbox"/> DZ Park (2er-Bel.)	pauschal CHF 780.--	
<input type="checkbox"/> DZ See (1er-Bel.)	pauschal CHF 1060.--	
<input type="checkbox"/> DZ See (2er-Bel.)	pauschal CHF 860.--	pro Person / beide Patient oder Kurgast

Verlängerung: Anreise Sonntag, 1 Nacht zum Hoteltarif
 Abreise Samstag, 1 Nacht zum Hoteltarif

Therapieprogramm

- Musiktherapeutisches Spezialprogramm** (10 Sitzungen)
sowie geführte musiktherapeutische Heilmeditationen (2-3x pro Woche)
- Ich möchte meine Tinnituswoche **homöopathisch** begleiten, um noch bessere Resultate zu erzielen.

Die Therapien werden gemäss geltenden Tarifen abgerechnet und je nach Versicherung von der Krankenkasse entschädigt.

Angaben zum Hausarzt / HNO Arzt

Name, Adresse und Telefon Hausarzt

Wir bitten Sie, uns einen allfälligen Arztbericht oder eine ärztliche Überweisung zukommen zu lassen.

Begleitperson im Doppelzimmer

Vorname

Name

Geburtsdatum

Vollmacht

- Hiermit erteile ich die Erlaubnis, Informationen bei meiner Krankenkasse einzuholen.

Rechnungsstellung

- Hiermit akzeptiere ich die elektronische Rechnungsstellung direkt an die **Grundversicherung** im Tiers Payant (Arzt, Medikamente, Physiotherapie) und erhalte die Rechnerkopie auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse **über die Firma Medidata (@medidata.ch)**

Die restlichen Rechnungen (Osteopathie, Homöopathie, Musik-, Kunst- und Ernährungstherapie) erhalte ich ebenfalls elektronisch **über die Firma Medidata (@medidata.ch)**

Hier kann eine allfällige Rückforderung bei der **Zusatzversicherung** geltend gemacht werden.

Hinweis medizinische Betreuung / Pflegedienstleistung

Bitte beachten Sie, dass unsere Gäste mobil sein müssen und wir keine Pflegeunterstützung im Hause anbieten. Das medizinische Personal unseres Gesundheitszentrums (Arzt, Therapeuten, MPA's) ist nicht rund um die Uhr verfügbar. Ein nicht-medizinischer Nachtdienst steht Ihnen für Notfälle zur Verfügung.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Aufnahmebedingungen.

Datum

Unterschrift