



Anmeldung Schmerzgruppe

Hinweis für PatientInnen: bitte informieren Sie ihren Hausarzt / ihre Hausärztin über die Anmeldung. Die Empfehlung durch die HausärztInnen kann wichtig sein für die Übernahme der Kosten durch die Krankenversicherung (bei HMO-Versicherungsmodell).

Familienname:	Vorname:	Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum:
Zivilstand:	Email:	Tel. privat. / mobil:	
Strasse, Nr.:	PLZ, Wohnort:	Nationalität:	
Beruf:	Arbeitgeber:	Tel. Geschäft:	
Hausarzt:			
Zuweisender Arzt (falls der zuweisende Arzt nicht der Hausarzt ist):		Hausarzt ist informiert: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Schmerztherapeutische Behandlung bei:			
Krankenkasse:	Mitglied-Nr.:		
<i>Optional: Bevorzugte Kontaktperson im Angehörigenkreis (Vorname, Name, Jahrgang, Adresse, Tel.):</i>			
<i>Optional: Andere wichtige Bezugspersonen (Bezeichnung, Name, Adr., z.B. SozialarbeiterIn, Beistand o.ä.):</i>			

Das Gruppentraining besteht aus 6 Sitzungen à 1½ Stunden die jeweils am Mittwoch Morgen in zweiwöchentlichen Abständen stattfinden. Die Kosten werden bis auf Selbstbehalt/Franchise von der Krankenversicherung übernommen. Eine regelmässige Teilnahme wird vorausgesetzt; sollten Sie jedoch ohne einen wichtigen Grund fernbleiben, wird Ihnen der Abend für Fr. 30.- in Rechnung gestellt (nicht kassenpflichtig).

Datum:

Unterschrift: