



Informationsblatt KomplementärTherapie:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anliegen: \_\_\_\_\_

Überwiesen /Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Informationen zur Methode Shiatsu:**

Shiatsu ist eine körperzentrierte Therapieform. Über Berührung, Bewegung, Atem, Energie und Gespräch werden körperliche und seelische Beschwerden erfahrbar gemacht. Der Mensch wird als Ganzheit erfasst und als Experte seines Lebens angesehen. Somit ist der Klient/ die Klientin Mitgestaltende/r des Prozesses. Ziele und Therapieplan werden gemeinsam besprochen und vorhandene Ressourcen integriert.

Shiatsu ist eine wirkungsvolle, begleitende Therapie, welche die Selbstregulation, Selbstwahrnehmung und Genesungskompetenz aktiviert und stimuliert und so zu einer ganzheitlichen Genesung beiträgt.

Shiatsu ist ergänzend und ersetzt keine schulmedizinische Behandlung.

Ihre Angaben werden stets vertraulich behandelt, ich unterstehe der Schweigepflicht.

Eine Therapiesitzung dauert 60 Minuten und kostet Fr.132.- Sollte eine Behandlung länger dauern, wird die Anpassung der Kosten/Dauer gemäss Tarif vereinbart.

Die Behandlung kann vor Ort **bar** \_\_\_ mit **Twint**\_\_\_ oder per **Rechnung** \_\_\_ bezahlt werden. Rückforderungsbelege für die KK stelle ich nach 3-5 Behandlungen oder n. Absprache zu. (bitte Auswahl ankreuzen)

Vereinbarte Termine bitte 24h vorher absagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden verrechnet.

**Datenschutz:**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Rechnungen elektronisch per E-Mail übermittelt werden.
- Ich bin mir bewusst, dass der elektronische Versand der Rechnungen über E-Mail unverschlüsselt erfolgt, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder die Informationen verändern können.
- Ich bestätige hiermit, dass meine Rechnungen auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin elektronisch übermittelt werden, und ich mir der dabei entstehenden Risiken (Rechnungen können sensitive Daten enthalten) für meine Persönlichkeit bewusst bin und diese in Kauf nehme.
- Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf erfolgt an folgende E-Mail-Adresse: [mail@move-plus.ch](mailto:mail@move-plus.ch)

**Ich bestätige, die obigen Erläuterungen gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.**

Ort und Datum:

Unterschrift