



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Ärztliche Verordnung für komplementärmedizinische Behandlungen

Versicherungsnehmer/in

Name	_____	Policen-Nr.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____								
Strasse	_____	Sprache	D F I								
Adresszusatz	_____	Telefon	_____								
PLZ	_____	Mobile	_____								
Ort	_____	E-Mail	_____								

Informationen für Leistungserbringer/-in

Gültigkeit: Diese Verordnung ist ab der ersten Behandlung für 12 Monate gültig

Hauptbeschwerden

Bemerkungen

Überweisung für folgende, vom erfahrungsmedizinischen Register (EMR) anerkannte Therapieform

Therapieform

Bitte beachten Sie:

Leistungen der Zusatzversicherung Natura I werden nur erbracht, wenn die Therapieformen und die Leistungserbringer (Naturheilärzte, Heilpraktiker und Therapeuten) die Anerkennungs Voraussetzungen erfüllen. KPT anerkennt Therapieformen und Leistungserbringer gemäss dem erfahrungsmedizinischen Register (EMR). Bitte überprüfen Sie vor Inanspruchnahme der Therapie, ob Ihr Therapeut durch das EMR für die gewünschte Therapieform anerkannt ist. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Kundenberaterin/Ihrem Kundenberater oder auf der Liste des EMR (emr.ch). Schicken Sie die Rechnung für die Behandlung zusammen mit einer Kopie dieser Verordnung an die KPT. Kosten für Behandlungen bei nicht anerkannten Therapeuten werden nicht übernommen.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

ZSR-Nummer
