

## Anmeldung zur NVS A-Mitgliedschaft

Als **AN-Mitglied** Kassenzulassung für Praktizierende der TEN, TCM, Homöopathie, Ayurveda, Tibetische Medizin und der Anthroposophie

Als **AS-Mitglied**  
Kassenzulassung für KomplementärtherapeutInnen

**Aktuelles** Passfoto

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Titel (z.B. Dr. phil.): \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Bevorzugte Sprache:  deutsch  
 français  
 italiano

**Private Adresse:**

Adresszusatz: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Kanton: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

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

**Praxis-Adresse:**

Praxisname: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Kanton: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

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

Eröffnungsdatum: \_\_\_\_\_

**Zustelladresse:**  Private Adresse  
 Praxisadresse

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

Verbandszugehörigkeit, andere:

Registrierungen (z.B. EMR, Krankenkassen usw.)

Praxiskanton mit Bewilligungspflicht für Ihre Tätigkeit?  ja  nein  
 Praxiskanton mit kantonaler Prüfung?  ja  nein  
 Wurde eine Berufsbewilligung aus einem anderen Kanton validiert?  ja  nein

Wurde die Praxis durch den Kanton inspiziert?  ja  nein  
 Wurde die Praxis durch einen Drittverband inspiziert?  ja  nein

Angestellt  
 Nur Hausbesuche  
 Einzelpraxis  
 Zweitpraxis  
 in einer Praxisgemeinschaft eingemietet  
 in einer Praxisgemeinschaft, welche Praxisräume weitervermietet  
 In der Praxisgemeinschaft ist für alle Beteiligten ein separater Behandlungsraum vorhanden  
 ja  nein  
 Wenn nein, ist die Verantwortung genau und schriftlich geregelt?  ja  nein  
 in einem Spital, in einer Klinik, in einer Arztpraxis

bei : \_\_\_\_\_ NVS Mitglied:  ja  nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Webseite
- Schule Welche \_\_\_\_\_
- Empfehlung von \_\_\_\_\_
- Messe/Kongress \_\_\_\_\_
- Zeitung/Zeitschrift \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Dokumente erhalten und bin damit einverstanden:

- NVS Statuten
- SPAK Reglement
- SPAK Weiterbildungsreglement
- SPAK Praxisinspektions-Reglement
- SPAK und NVS Gebührenordnung

**Ich zahle meine Rechnungen per E-Banking:**  ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (ohne E-Mail Adresse) an Dritte weitergegeben werden (Behörden, Zahlstellenregister, Krankenkassen, ausgewählte Interessengruppen, Webseite).

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Beilagen:**

- Kopie der Quittung der Dossierprüfungsgebühr
- Aktuelles Passfoto
- Auszug aus dem Zentralstrafregister in Bern oder für AusländerInnen Leumundszeugnis (beides nicht älter als ½ Jahr)
- Lebenslauf und Bildungsgang tabellarisch
- Vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Anmeldeformular
- Nachweis über die für Ihre Methode geforderte Anzahl Stunden medizinischer Grundlagen, gemäss SPAK Therapienliste
- Stundennachweis über die für Ihre Methode geforderte Ausbildung mit Abschluss, gemäss SPAK Therapienliste
- Ausgefüllte und unterschriebene SPAK Therapienliste
- Nachweis über 250 Stunden Praxistätigkeit
- Nachweis über die Berufshaftpflichtversicherung (5 Millionen Deckung)
- Kopie der kantonalen Berufsausübungsbewilligung mit Verfügung (wenn vorhanden)
- Kopie des Praxisinspektionsbogens mit Verfügung (wenn vorhanden).

**Bitte einsenden an: NVS Naturärzte Vereinigung der Schweiz, Schützenstrasse 42, 9100 Herisau**