

Anmeldung zur NVS A-Mitgliedschaft

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

Als **AS-Mitglied**
Krankenversicherer-Zulassung für
Komplementärtherapeuten

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, Krankenversicherer 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 Praxisbesichtigungs-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, Krankenversicherer, ausgewählte Interessengruppen, Webseite).

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Erforderliche Beilagen:

- Kopie der Quittung der Dossierprüfungsgebühr
- Aktuelles Passfoto
- Auszug aus dem Zentralstrafregister in Bern oder für Ausländer 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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschliesslich die männliche Form benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein.