

Bartenheimerstrasse 26
CH-4055 Basel
+41 (0)61 599 21 35
praxis@eQilibre.ch
www.eQilibre.ch

Anmeldeformular

Ich bitte Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

Name	Vorname
Strasse / Nr.	
PLZ/Ort	Geburtsdatum
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Tel Mobil	Email
Beruf	

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Praxis eQilibre zur Kenntnis genommen und stimme diesen mit meiner Unterschrift zu.

Ort / Datum

Unterschrift

Name der/des Erziehungsberechtigte/n

(Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren muss ein/e erziehungsberechtigte/r Person, Vormund oder gesetzlichen VertreterIn unterschreiben)

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Meine Therapeutin/mein Therapeut und meine Aerztin/mein Arzt sind ermächtigt, im Zusammenhang mit meiner Behandlung miteinander Kontakt auf zu nehmen.

Name Arzt/Aerztin	Tel
Strasse / Nr.	
PLZ/Ort	

Ort / Datum

Unterschrift

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
