

## Ärztliche Verordnung für alternative Behandlung

### Personalien

Name /Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

Telefon Nr.:

PLZ/Ort:

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.):

### Informationen für Leistungserbringer /-in

Gültigkeit: Diese Verordnung ist ab dem Verordnungsdatum für 3 Monate gültig.

Hauptbeschwerden:

Anzahl Behandlungen:

Bemerkungen:

### Überweisung für

Akupunktur	Eutonie	Traditionelle europäische Naturheilkunde (TEN)
Akupressur	Feldenkrais-Methode	Phytotherapie
Akupunktmassage	Fussreflexzonen-Massage	Polarity
An-Mo	Heileurythmie	Psychomotorik
Anthroposophische Therapien	Homöopathie	Rolfing / Strukturelle Integration
Alexander-Technik	Kinesiologie	Shiatsu
Atemtherapie	Kunsttherapie (Bewegungs- und Tanztherapie, Drama- und Sprachtherapie, Gestaltungs- und Maltherapie, Intermediale Therapie, Musiktherapie)	Sophrologie
Ayurveda-Medizin	Lymphdrainage	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (Akupunktur, An-Mo/Tui-Na, Arzneimitteltherapie nach TCM)
Bindegewebsmassage	Medizinische Massagen	Tui-Na
Bioresonanztherapie	Meridian-Therapie	Wirbelsäulen-Basis-Ausgleich
Colon-Hydro-Therapie	Moxibustion	Zilgrei
Cranio-Sacral-Therapie	Neuraltherapie	
Elektroakupunkturtest nach Voll	Organisch-rhythmische Bewegungsbildung (Lehrweise Medau)	
Etiopathie	Osteopathie	

### Bitte beachten Sie:

Leistungen der Zusatzversicherung **Komplementär I** werden nur erbracht, wenn die Naturheilärzte, Heilpraktiker und Therapeuten die Anerkennungs Voraussetzungen erfüllen. Bitte überprüfen Sie vor Inanspruchnahme der Therapie, ob der Therapeut durch Visana anerkannt ist oder nicht. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Geschäftsstelle oder auf unserer Therapeutenliste. Schicken Sie die Rechnung für die Behandlung zusammen mit einer Kopie dieser Verordnung an das für Sie zuständige Leistungszentrum von Visana. **Kosten für Behandlungen bei nicht anerkannten Therapeuten werden nicht übernommen.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

ZSR-Nummer: \_\_\_\_\_

