

# Anmeldeformular

Bitte per E-Mail, Fax oder Post retournieren. Vielen Dank.

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit mit Complemedis AG. Zum erfolgreichen Zustandekommen von Kooperationen setzen vom Bundes- und vom Kantonsrecht definierte Sorgfaltspflichten voraus, dass sich Complemedis AG auf geeignete Weise darüber vergewissert, dass die Kooperationspartnerinnen und -partner über die vom Gesetz geforderten TCM/TEN-Kenntnisse verfügen und/oder anderweitig befugt sind, Therapieempfehlungen vorzunehmen. Complemedis AG stützt sich bei der diesbezüglichen Beurteilung auf die ihr durch Sie zugegangenen Angaben. Wir bitten Sie daher höflich, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten und das Formular an uns zu retournieren.\*

## A Berufsgruppe Ärztinnen/Ärzte

(dem Bundesgesetz über die universitären Medizinal-Berufe, MedBG, SR 811.11, unterstehende Personen).

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich bin im Medizinalberuferegister MedReg eingetragen.
- Ich bin in einem Kanton tätig, der die ärztliche Selbstdispensation zulässt und verfüge über die Bewilligung zum Führen einer Praxisapotheke, welche die Abgabe von TCM-Heilmitteln nicht ausschliesst.

## B Berufsgruppe Therapeutinnen/Therapeuten

(dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte, HMG, SR 812.21, sowie kantonrechtlichen Vorschriften unterstehende Personen der Komplementärmedizin). Bitte Zutreffendes ankreuzen (auch mehrere Optionen möglich):

- Ich bin im Besitz einer gültigen kantonalen Berufsausübungsbewilligung. Das entsprechende Dokument lege ich bei.
- In meinem Kanton liegt keine Bewilligungspflicht vor.
- Meine TCM/TEN-Kenntnisse basieren auf einem eidg. Diplom. Das entsprechende Dokument lege ich bei.

## Von allen Berufsgruppen auszufüllen

- Ich erkläre, die Prinzipien der TCM/TEN und der TCM/TEN-Phytotherapie zu kennen und zu beachten sowie über hinreichend Erfahrung zu verfügen, um beim Umgang damit den mir vom Recht auferlegten beruflichen Sorgfaltspflichten genügen zu können. Relevante Änderungen (beruflicher Status, Praxisstandort, Aufnahme von neuen oder Aufgabe von bestehenden Praxisstandorten) werde ich umgehend an Complemedis AG melden.

Name: .....	Praxis/Firma: .....
Vorname: .....	Tel.: .....
Geburtsdatum: .....	Fax: .....
Praxisadresse: .....	E-Mail: .....
PLZ/Ort: .....	IBAN Praxis: .....

- Gerne melde ich mich für den Newsletter an.

Datum: ..... Ort: ..... Unterschrift: .....

\*Die vorliegende Deklaration kann von Seiten Complemedis AG auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden.