

**Personalien / Données personnelles**

Name, Vorname / Nom, Prénom

Geburtsdatum / Date de naissance

Geschlecht / Sexe

F

M

Adresse

PLZ, Ort / NPA, Localité

Mobil

E-Mail

Rechnung wird per E-Mail versendet / La facture est envoyée par e-mail

**Vertretung / Représentation** Eltern / Parents Vormund, Beistand / Tuteur, curateur Vollmacht / Procuration

Name, Vorname / Nom, Prénom

Institution, Adresse

Mandats/Abrechnungs-Nr. / No mandat/facturation

Tel / Mobil

E-Mail

Rechnung wird per E-Mail versendet / La facture est envoyée par e-mail

**Versicherung / Assurance**

Zusatzversicherung / Assurance complémentaire

Unfallversicherung / Assurance accident

AHV / AVS

Hausarzt / Médecin de famille

**Datenschutz / Protection des données**

Mit der Unterschrift sind Sie einverstanden, dass Ihre Daten zu Personalien, Therapieform und Abrechnung von der Firma healthadvisor.ch verarbeitet und Ihnen per ungesichertem Mail übermittelt werden. Alle weiteren Daten wie Befunde, Krankengeschichte und Behandlung regeln wir situationsbedingt in einem separaten Einverständnis.

Par votre signature, vous acceptez que vos données personnelles, le type de thérapie et la facturation soient traités par la société healthadvisor.ch et vous soient transmis par e-mail non sécurisé. Nous réglons toutes les autres données telles que les résultats, les antécédents médicaux et le traitement dans un accord séparé en fonction de la situation.

Ich habe die AGB auf Craniocoach.ch gelesen und bin einverstanden / J'ai lu les CGV sur Craniocoach.ch et je l'accepte.

Datum / Date

Unterschrift / Signature