

# Anmeldung zur NVS A-Mitgliedschaft

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