

Departement Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung (ANIR)

**Institut für Anästhesiologie**

Dr. med. Thomas J. Sieber, MBA, Chefarzt Institut für Anästhesiologie, Departementsleiter ANIR

Dr. med. Melanie Rehli, Leitende Ärztin, Leitung Schmerztherapie, Telefon, +41 81 255 20 60  
Sekretariat Fr. Lilian Nipp, +41 81 255 20 61, schmerz@ksgr.ch, [www.ksgr.ch](http://www.ksgr.ch)

## Einverständniserklärung Vergütung "TCM" KSGR

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für die Behandlung mit TCM entschieden, welche durch Frau Flurina Sgier, Dipl. Akupunkteurin und Tui Na-Therapeutin durchgeführt wird.

Die Behandlungsformen der TCM werden für verschiedene Probleme und Krankheiten angewendet und sind etabliert.

Frau Flurina Sgier ist **ausgebildete und diplomierte Akupunkteurin und Tui Na-Therapeutin EMR**, was bedeutet, dass sie im Erfahrungsmedizinischen Register erfasst und anerkannt ist. Dieses Qualitätslabel bestätigt, dass sie mit ihrer Ausbildung die geforderten Ansprüche erfüllt und sich regelmässig korrekt fortbildet.

Das Kantonsspital Graubünden verrechnet für die Behandlung mit TCM einen **Stundenansatz von CHF 130.- (inkl. Material)**, welches den regionalen Ansätzen entspricht. Eine Erstkonsultation dauert in der Regel 60-90Minuten, die Folgetermine 30-60Minuten, je nach Therapieform und Beschwerden.

Die **Vergütung resp. Kostenübernahme** der TCM über eine Krankenkasse wird von Kasse zu Kasse unterschiedlich gehandhabt und ist zum Teil an zusätzliche Bedingungen geknüpft. Deshalb empfehlen wir, **vor Behandlungsbeginn abzuklären**, ob ihre Krankenkasse diese Therapie vergütet und ob evtl. weitere Bedingungen erfüllt werden müssen. Sie haben eine **ärztliche Bestätigung** erhalten, welche Sie ihrer Krankenkasse zukommen lassen können.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Vergütungspraxis verstanden haben und bezüglich Kostenübernahme mit ihrer Krankenkasse Kontakt aufgenommen haben. Sollte die Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen, werden diese Ihnen in Rechnung gestellt, resp. müssen Sie diese vor der Behandlung bezahlen.**

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie uns bitte.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Dateiname	Erstelldatum	Autor	Freigabe durch am	Seite
Einverständniserklärung Vergütung TCM EMR,	05.01.2018	M. Rehli	rehmel 05.01.2018	Seite 1 / 1