



# Verband Schweizer Ayurveda-Mediziner und -Therapeuten

Mitglied VEAT – Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und -Therapeuten e.V.

## Association Suisse des Médecins et Thérapeutes Ayurvédiques

Membre du VEAT – Association européenne des Médecins et Thérapeutes Ayurvédiques

### ANMELDUNG als Aktivmitglied

Name ..... Vorname .....

Praxis/Studioname ..... Geburtsdatum .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Telefon ..... Fax .....

E-Mail ..... www.Link .....

Adresseintrag in der VSAMT Ärzte- und Therapeutenliste:  wie oben  anders: .....

**Ayurveda-Ausbildung**, erworbene(r) Ayurveda-Titel: .....

**Ayurveda-Ausbildungsinstitut:** .....

**Medizinische berufliche Qualifikationen:** .....

Aktuelle bzw. Hauptberufliche Tätigkeit: .....

**Ich beantrage die Zulassung für folgende Kategorie:** Bitte beachten Sie die geltenden Zulassungsvoraussetzungen!

- Ayurveda-Medizin (Diagnose, medizinische Beratung, klinische Therapie, Panchakarma) für zugelassene Mediziner
- Ayurveda-Therapie (Ölbehandlungen, Kräuter- oder Manuelle Therapie)
- Ayurveda-Beratung (Ernährung, Lifestyle und Psychologie)
- Ayurveda-Wellbeing (Gesundheitsförderung, Massagen, Wellness)

**Tätigkeitsschwerpunkt:**  Medizin  Panchakarma  Kräuterheilkunde  Ernährung- & Gesundheitsberatung  
 Therapeutische Behandlungen  Entspannungsmassagen  Kosmetik  Psychologie  
 Anderes .....

Angebot Behandlungen: .....

Angebot Kurse & Seminare: .....

**Anerkennung:**  EMR-Registrierung für folgende Methodennummern: .....  
 direkte Anerkennung bei folgenden Krankenkassen: .....

- Beilagen wie Zertifikate/Diplome inkl. Bescheinigung absolvierter Stunden wie auch Beispielexemplare meiner Flyer, Prospekte, Visitenkarten etc. habe ich beigelegt
- Bitte tragen Sie meine www.Adresse zur Verlinkung auf der Ärzte- und Therapeutenliste im Internet ein. Im Gegenzug platziere ich innerhalb eines Monats einen gut sichtbaren Link zum VSAMT auf meiner Homepage.
- Der VSAMT ist ein Verein nach ZGB. Die Verbandsbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert
- Hiermit bestätige ich, dass ich im Rahmen beruflichen Ayurveda – Tätigkeit entsprechend der beantragten Kategorie auch über entsprechende Medizinische Kenntnisse verfüge.**

Ort / Datum ..... Unterschrift .....

Bitte senden Sie mir Informationen zu:  Kollektiv-Berufshaftpflichtversicherung Die Mobiliar  
 Werbemittel  Publikationen