



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

wir dürfen Sie bitten diesen VDH – Karteibogen in Druckschrift auszufüllen, damit wir ggf. bei
Patientenanfragen Ihre Adresse zur Verfügung stellen können.

1. Ich führe eine Praxis: Ja Nein

voraussichtlich ab: _____

2. Mitgliedsnummer: _____

3. **Praxisanschrift** ↓

Privatanschrift ↓

Name: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ: _____ PLZ: _____

Ort: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Fax: _____ Fax: _____

Mobil: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ E-Mail: _____

Internet: _____ Internet: _____

4. Meine besonderen Tätigkeiten – spez. Untersuchungs- / Behandlungsmethoden
(z.B. Irisdiagnose, Homöopathie etc.) sind:

5. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxis-Daten und Behandlungsmethoden im Internet
einverstanden.

Ja

Nein

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel