

Genehmigung zur Veröffentlichung Ihrer beruflichen Kontaktdaten auf der Website von LymphoSuisse

Zurückgeben

- per E-Mail : info@lymphosuisse.ch
- per Fax : +41213140761
- per Poste : LymphoSuisse
c/o Service d'angiologie
Ch. de Mont-Paisible 18
CH-1011 Lausanne

Titel

Name Vorname

Praxis

Adresse

N.P Ort

Region..... Kanton.....

Tel..... Fax

Email

Beruf

Ausbildungsniveau (Bitte fügen Sie Zeugnisse oder Diplome bei)

- MLD-Grundausbildung
- Therapeutisch (MLD + Verbände)
- Fortgeschrittene Therapeutik (MLD + Verbände + Fortbildung)
- CAS Angio (Certificate Advanced Studies)
- Krankenschwester, die auf die Behandlung von Wunden spezialisiert ist
- Spezialisierte Krankenschwester :.....
- Orthopädietechniker, spezifische Ausbildung Messung flachgestrickter Strümpfe
- Allgemeiner Arzt
- Arzt/Ärztin für Angiologie
- Facharzt :
- Sontiges :

Lipödem Behandlungen:

Dienstleistung zu Hause :

Wird von der Grundversicherungen erstattet :

Wird von Zusatzversicherungen erstattet :

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben und ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten auf der LymphoSuisse-Website veröffentlicht werden.

Datum Unterschrift