



Anmeldung für TCM Behandlung

- Bitte direkt aufbieten Patient hat bereits einen Termin

Patientenpersonalien

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Telefon P:	Telefon G:

Bisherige Diagnose

anamnesische Angaben, klinische Befunde, Abklärungen

Medikamente (bestehende Allergien)

<input type="checkbox"/> Antikoagulation
<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva / Steroide
Zusatzversicherung: Ja: <input type="checkbox"/> / Nein: <input type="checkbox"/>
Datum: _____ Stempel und Unterschrift des/-r überweisenden Arztes/Ärztin

Sinowiss Praxis Affoltern a.A, Obere Bahnhofstrasse 20, 8910 Affoltern a.A
Tel. 044 760 28 28 Fax. 044 760 29 29 affoltern@sinowiss.ch www.sinowiss.ch