



## Anmeldung für TCM Behandlung

- Bitte direkt anbieten       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 Bassersdorf, Klotenerstrasse 8, 8303 Bassersdorf

Tel. 044 533 28 86 Fax. 044 888 63 28 bassersdorf@sinowiss.ch www.sinowiss.ch