



## 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"/> Immunsuppressica / Steroide
Zusatzversicherung: Ja: <input type="checkbox"/> / Nein: <input type="checkbox"/>
Datum: <span style="float: right;">Stempel und Unterschrift des/-r überweisenden Arztes/Ärztin</span>

Sinoswiss Praxis Rorschach, Hauptstrasse 65, 9400 Rorschach (im 5. Stock des Gebäudes FARO)  
Tel. 071 845 68 68 Fax. 071 845 68 78 rorschach@sinoswiss.ch www.sinoswiss.ch

Affoltern a.A. - Bassersdorf - Bern - Bremgarten - Buchs - Bülach - Kreuzlingen - Lausanne - Lenzburg - Luzern - Muri/AG  
Muri b.Bern - Reinach/AG - Reinach/BL - Rorschach - Sarnen - Schwyz - Wohlen - Zofingen - Zug