



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

anamnestische Angaben, klinische Befunde, Abklärungen

Medikamente (bestehende Allergien)

Antikoagulation

Immunsuppressiva / Steroide

Zusatzversicherung: Ja: / Nein:

Datum:

Stempel und Unterschrift des/-r überweisenden Arztes/Ärztin

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