



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: / Nein:

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des/-r überweisenden Arztes/Ärztin

Sinoswiss Praxis Basel, Gellertstrasse 140, 4052 Basel (beim Bethesda Spital)
Tel. 061 500 10 88 Fax. 061 500 10 89 basel@sinoswiss.ch www.sinoswiss.ch

Affoltern a.A. - Basel - Bern - Bremgarten - Buchs - Bülach - Lausanne - Lenzburg - Liestal - Luzern - Muri b. Bern - Muri/AG
Reinach/AG - Reinach/BL - Rorschach - Sarnen - Schwyz - Suhr - Sursee - Wohlen - Zofingen - Zug - Zürich