



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

Sinoswiss Praxis Zürich, Stampfenbachstrasse 7, 8001 Zürich (beim Central)
Tel. 044 533 28 89 Fax. 044 221 96 82 zuerich@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