



## 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:  / Nein:

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

Sinoswiss Praxis Lenzburg, Augustin-Keller-Strasse 19, 5600 Lenzburg  
Tel. 062 891 18 18 Fax. 062 891 90 60 lenzburg@sinoswiss.ch www.sinoswiss.ch