



## 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 Zug, Bahnhofstrasse 32, 6300 Zug  
Tel. 041 980 11 11 Fax. 041 980 15 15 info@sinoswiss.ch www.sinoswiss.ch