



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 Kreuzlingen, Hauptstrasse 56, 8280 Kreuzlingen
Tel. 071 672 58 58 Fax. 071 672 58 20 kreuzlingen@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