



## 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 Muri b.Bern, Belpstrasse 3, 3074 Muri b.Bern (Muri Zentrum)  
Tel. 031 951 28 28 Fax. 031 951 28 90 [muri@sinoswiss.ch](mailto:muri@sinoswiss.ch) [www.sinoswiss.ch](http://www.sinoswiss.ch)