



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 |

Sinowiss Praxis Sarnen, Marktstrasse 10, 6060 Sarnen (neben Migros)
Tel. 041 662 18 18 Fax. 041 662 18 19 sarnen@sinowiss.ch www.sinowiss.ch