



Anmeldung für TCM Behandlung

- Bitte direkt anbieten 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 Schwyz, Schmiedgasse 1, 6430 Schwyz (im 4. Stock)
Tel. 041 240 87 87 Fax. 041 240 87 88 schwyz@sinowiss.ch www.sinowiss.ch