



## 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 Basel, Gellertstrasse 140, 4052 Basel (auf dem Bethesda Campus)  
Tel. 061 500 10 88 Fax. 061 500 10 89 basel@sinoswiss.ch www.sinoswiss.ch

Affoltern a.A. - Basel - Bern - Bremgarten - Buchs - Bülach - Lausanne - Lenzburg - Liestal - Luzern - Muri b. Bern - Muri/AG  
Reinach/AG - Reinach/BL - Rorschach - Sarnen - Schwyz - Suhr - Sursee - Wohlen - Zofingen - Zug - Zürich