



## 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 Bern, Schauplatzgasse 26, 3011 Bern (Oben von Confiserie Monnier)  
Tel. 031 312 80 00 Fax. 031 312 80 01 [bern@sinoswiss.ch](mailto:bern@sinoswiss.ch) [www.sinoswiss.ch](http://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