



## 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

Sinowiss Praxis Bülach, Hintergasse 1, 8180 Bülach (neben dem Café Klaus in der Innenstadt)  
Tel. 044 860 78 78 Fax. 044 860 78 68 [buelach@sinowiss.ch](mailto:buelach@sinowiss.ch) [www.sinowiss.ch](http://www.sinowiss.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