



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: / Nein:

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des/-r überweisenden Arztes/Ärztin

Sinoswiss Praxis Reinach/AG, Hauptstrasse 60, 5734 Reinach/AG (Coop Seite)
Tel. 062 771 89 89 Fax. 062 771 89 80 reinachag@sinoswiss.ch www.sinoswiss.ch