

Anmeldung zur TCM-Behandlung

- Bitte direkt aufbieten
 Patient hat bereits Termin am: _____
 Bitte Anmeldeformulare senden

Patientendaten

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum:** _____

Strasse _____

Wohnort _____

Telefon P/G _____ / _____

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung für Komplementärmedizin ja nein

Zuweisungsdiagnose(n) _____

Nebendiagnose(n) _____

Erhöhte Blutungsneigung

Relevante anamnestische Angaben, klinische Befunde, bisherige Abklärungen

Medikamente

Antikoagulation

Immunsuppressiva/Steroide

Ich wünsche eine Rückmeldung nach Behandlungsabschluss: Ja Nein

Datum _____

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes