

## 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