

Patienten-Aufnahmeformular

Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin

Bitte in Blockschrift ausfüllen

SportClinic Zurich

Sihicity
Giesshübelstrasse 15
8045 Zürich
Tel 044 287 86 50
tcm@sportclinic.ch

www.sportclinic.ch

Patienteninformation	Name _____	_____
		Bei Minderjährigen Name und Vorname Mutter/Vater
	Vorname _____	Beruf _____
	Adresse _____	Titel _____
	PLZ _____	Geburtsdatum _____
	Ort _____	Nationalität _____
	Telefon Privat _____	E-Mail _____
	Telefon Mobile _____	_____
Telefon Geschäft _____	_____	

Zusatzversicherung für Alternativmedizin _____ keine

Behandlungsgrund _____ keine

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? _____ keine

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? _____ keine

Welche schweren Unfälle, Krankheiten oder Operationen hatten Sie bisher? _____ keine

Haben Sie Probleme mit: Verdauung/Stuhlgang Herz/Kreislauf dem Schlaf Menstruation

Bemerkungen _____

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso-beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payan (Rechnung direkt an Krankenkasse).

Datum _____

Unterschrift _____

Im Verhinderungsfall bitte **spätestens 24 Std. (werktags) vor dem Termin telefonisch** absagen, ansonsten wird der gesamte Sitzungsbetrag verrechnet. Absagen per SMS und E-Mail werden nicht berücksichtigt. Bringen Sie bitte ihre Terminkarte immer mit.

Formular per E-Mail an:
tcm@sportclinic.ch
SportClinic Zurich, TCM