



Traditionelle Chinesische Medizin
Prof. (chin.) Jiangtao Dong
Trichtenhäuserstrasse 2
8125 Zollikerberg

Tel. +41 (0)44 397 28 11
Fax +41 (0)44 397 28 13
tcm@spitalzollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)				
AHV-Nr.:		Pat.ID:		
Name / Vorname				
Geburtsdatum				
Strasse / Nummer				
PLZ / Ort / Kanton				
Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet				
Telefon Privat:		Mobil:		Geschäft:
Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus des Patienten angewiesen. Bitte nennen Sie diese Daten untenstehend.)				
Allgemein grundversichert		Allgemein ganze CH		Privat
Grundversicherung (KVG) / Sektion:		Zusatzversicherung (VVG) / Sektion:		Halbprivat Selbstzahler

Dringlichkeit:	Notfall	dringend (innerhalb 1 Woche)	rasch (1-2 Wochen)	nicht dringend
-----------------------	---------	------------------------------	--------------------	----------------

Zuweisungsgrund:

Kurzdiagnose/Befunde:

Bemerkungen:

Medikamente:

Name Zuweiserin/Zuweiser: _____	Stempel u. Unterschrift der/des anmeldenden Ärztin/Arztes
Name Hausärztin/Hausarzt: _____	
	Datum: _____