**Anmeldeformular für Akupunktur & Chinesische Arzneitherapie TCM**

|  |
| --- |
| **Patienten-Angaben** |
| Name\* | Vorname\* |
| Geburtsdatum\* | Telefon-Nr\* |
| Email | PLZ, Ort\* |
| Zuweisungsgrund + relevante Diagnose(n)\* |
| Versicherung□ Unfall □ Krankheit □ Hausarzt-Modell / HMO□ Zusatzversicherung Komplementärmedizin vorhanden (nur für Chin. Arznei notwendig. Akupunktur wird bei ACAMED von der Grundversicherung übernommen) |

|  |
| --- |
| **Zuweiser-Angaben** |
| Arzt-Stempel (Name + Adresse)\* |
| HIN-Email\* |
| Datum\* | Unterschrift\* |

*Bitte mindestens die mit \* markierten Felder ausfüllen und an einen der untenstehenden Standorte senden.
Wir werden Ihre Patientin/Ihren Patienten rasch möglichst aufbieten.*