**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.*