



Praxis für TCM Simone Paladino GmbH
Naturheilpraktiker TCM – Akupunktur & Tuina

Patientenerfassung

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Geb. Datum: _____ Beruf: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____
KK Name: _____ Vers. Nr.: _____
(Zusatzversicherung VVG)

Bankangaben für eventuelle Rückzahlungen

Konto IBAN-Nr.: CH _____
Name des Kontoinhabers: _____
Adresse des Kontoinhabers: _____

Beschwerden (kann mit dem Therapeuten ausgefüllt werden)

Hauptbeschwerde: _____
Familienkrankheiten: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____

Hepatitis: Nein Wenn Ja – A / B / C
HIV positiv: Nein Wenn Ja – Aids: Nein / Ja

Als Therapeut unterstehe ich der Schweigepflicht – Ihre Daten und Angaben werden vertraulich behandelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller ausgefüllten Angaben, wie auch über meine Kenntnisnahme, dass es in meiner Verantwortlichkeit liegt, mich zu erkundigen, ob die ausgewählte Behandlungsmethode sowie der behandelnde Therapeut von meiner Krankenkasse anerkannt ist.

Datum/Ort: _____ Unterschrift: _____