



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: \_\_\_\_\_  
Familienerkrankungen: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_