



<b>Personalien</b> (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:
<b>Versicherungsklasse</b> (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

**Traditionelle Chinesische Medizin**

**Prof. (chin.) Jiangtao Dong**

**Dr. med. Myriam Hack**

Trichtenhauserstrasse 2

8125 Zollikerberg

Tel. +41 (0)44 397 28 11

Fax +41 (0)44 397 28 13

[tcm@spitalzollikerberg.ch](mailto:tcm@spitalzollikerberg.ch)

<b>Dringlichkeit:</b>	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: _____