

Überweisung Integrative Medizin



Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

SIHLMED Integrative Medizin
Allgemeine Innere Medizin
Gynäkologie und Geburtshilfe
Kardiologie

Badenerstrasse 333 • 8003 Zürich
sihlmed@hin.ch

SIHLMED Integrative Therapie
Psychiatrie
Psychologische Psychotherapie
Integrative Therapie

Friedaustrasse 17 • 8003 Zürich
sihlmed@hin.ch

SIHLMED Kinder- & Jugendmedizin
Kinder- & Jugendmedizin

Albisriederplatz 10 • 8004 Zürich
praxisalbisriederplatz@hin.ch

SIHLMED GmbH
Friedaustrasse 17 • 8003 Zürich
info@sihlmed.ch • www.sihlmed.ch
043 321 11 11

Termin

- Bitte aufbieten
 Termin vereinbart am _____

Behandlung

- Integrative Medizin / Orthomolekulare Medizin
 Psychosomatische Medizin
 Mind Body Medizin

Fragestellung

Aktuelle Medikation

Allergien

Datum:

Zuweisende*r Ärzt*in: