

# Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Überweisung an SBO-TCM dipl. TherapeutIn:

Praxis

Vorname/Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Anmeldung zur TCM für:

Akupunktur

Tuina

Chin. Arzneimitteltherapie

Diätetik

Anrede

Geburtsdatum

Vorname

Name

Kanton

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Natel

Diagnose:

Krankheit

Unfall

Hauptbeschwerden:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Medikamente: