

Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Überweisung an TCM-TherapeutIn (dipl. TCM-FVS):

Praxis *Gesundheitspraxis*

Vorname/Name *Esther Huber*

Strasse/Nr. *Neustadtgasse 1a*

PLZ/Ort *8400 Winterthur*

Telefon *076 236 90 59*

Anmeldung zur TCM für:

- Akupunktur
 Tuina
 Diätetik

- Chin. Arzneimitteltherapie
 westl. Arzneimitteltherapie nach TCM

PatientIn:

Anrede _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Name _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Diagnose:

- Krankheit Unfall

Hauptbeschwerden:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Medikamente: