

Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

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

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Praxis

Vorname/Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

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: