

Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Überweisung an SBO-TCM dipl. TherapeutIn:

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

Chin. Arzneimitteltherapie
 Diätetik

Anrede

Geburtsdatum

Vorname

Name

Kanton

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Fax

Diagnose:

Krankheit

Unfall

Hauptbeschwerden:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Medikamente: