

Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Überweisung an SBO-TCM dipl. TherapeutIn:

Praxis Praxis für Komplementärmedizin

Vorname/Name Philipp Weider

Strasse/Nr. Bürglistrasse 37

PLZ/Ort 8304 Wallisellen

Telefon 043 233 52 88

Anmeldung zur TCM für:

- Akupunktur
 Tuina

- Chin. Arzneimitteltherapie
 Diätetik

Anrede _____

Vorname _____

Strasse _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Name _____ Kanton _____

PLZ / Ort _____

Fax _____

Diagnose:

- Krankheit Unfall

Hauptbeschwerden:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Medikamente: