

# 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: