

# Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

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

Stempel und Unterschrift des Arztes:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Datum:

Praxis *Akupunktur und Gesundheit*

Vorname/Name *Thaddeus J. Ekdahl*

Strasse/Nr. *Zugerstrasse 21*

PLZ/Ort *6314 Unterägeri*

Telefon *078 807 28 60*

Anmeldung zur TCM für:

- Akupunktur
- Tuina
- Diätetik

- Chin. Arzneimitteltherapie
- westl. Arzneimitteltherapie nach TCM

PatientIn:

Anrede

Vorname

Strasse

Telefon

Geburtsdatum

Name

PLZ / Ort

Fax

Diagnose:

- Krankheit
- Unfall

Hauptbeschwerden:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Medikamente: