

Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Überweisung an SBO-TCM dipl. TherapeutIn:

Praxis

Vorname/Name

Thomas Ochsner
dipl. Akupunkteur SBO-TCM

Strasse/Nr.

Wartstrasse 5
8400 Winterthur
Tel. 078 638 39 60

PLZ/Ort

Mail: ochsner@aaa-akupunktur.ch

Telefon

Anmeldung zur TCM für:

☒ Akupunktur
☐ Tuina

☐ Chin. Arzneimitteltherapie
☐ Diätetik

Anrede

Geburtsdatum

Vorname

Name

Kanton

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Natel

Diagnose: ☐ Krankheit ☐ Unfall

Hauptbeschwerden:

Bisherige Therapie:

Aktuelle Medikamente: