

Überweisung von:

(Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes)

Überweisung an:

TcmQi

Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin

Bahnhofstrasse 20

8800 Thalwil

Tel. 043 305 7181

Anmeldung zur TCM-Behandlung (Akupunktur etc.)

Frau Herr

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: PLZ/Ort:

Tel. privat: Tel. Geschäft:

Hauptbeschwerden:

.....

Diagnose Schulmedizin:

.....

Bisherige Therapie:

.....

Pathologische Befunde (z.B. Labor, Röntgen, C.T., MRI, EKG, etc.):

.....

Aktuelle Medikamente:

.....

Bericht über die TCM-Behandlung:

.....

.....

Therapieverlauf:

.....

.....

Therapieerfolg: Erfolg Teilerfolg Ohne Erfolg Abbruch durch Patientin / Patient

Bemerkungen:

.....