



## Ärztliche Verordnung

Überweisung von

|  |
|--|
| Stempel und Unterschrift des Arztes:     |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
| Datum:                                   |

Überweisung an

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Praxis      | TCM Lín Fèng       |
| Therapeutin | Stefanie Kaufmann  |
| Strasse     | Hostattstrasse 16b |
| PLZ / Ort   | 6060 Sarnen        |
| Telefon     | +41 76 473 94 42   |

Patient

|            |  |
|------------|--|
| Anrede     |  |
| Vorname    |  |
| Name       |  |
| Geburtstag |  |

|         |  |
|---------|--|
| Strasse |  |
| PLZ     |  |
| Ort     |  |
| Telefon |  |

Anmeldung für:

Akupunktur

TuiNa Massage

Diagnose:

Krankheit

Unfall

---

Hauptbeschwerden

---

Bisherige Therapie

---

Aktuelle Medikamente