

# Ärztliche Verordnung

Überweisung von:

an:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

  
  
  
  
  

Datum:

## TCM-Praxis Yan Glitsch-Kong

Bellaria-Steig 1  
8304 Wallisellen  
044 830 51 35  
ykong@ming-men.ch

- Anmeldung zur TCM für:**
- Akupunktur       Chinesische Arzneimitteltherapie
- Tuina       Diätetik       QiGong

Anrede ..... Geburtsdatum .....

Vorname ..... Name .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Telefon 1 ..... Telefon 2 .....

### Hauptbeschwerden:

.....

### Schulmedizin-Diagnose / Pathologische Befunde (z.B. Labor, Röntgen, CT, MRI, EKG, etc. evtl., Kopie):

.....

.....

### Bisherige Therapie / Gewünschte TCM-Therapie:

.....

### Aktuelle Medikamente:

.....

### Bericht über die TCM-Behandlung / Therapieverlauf:

.....

.....

.....

### Therapie-Erfolg:

- erfolgreich     Teilerfolg     ohne Erfolg     vom Patienten abgebrochen

### Bemerkungen:

.....