

# Ärztliche Verordnung



Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

  
  
  
  
  

Datum:

Überweisung an SBO-TCM dipl. TherapeutIn:

Praxis **T&A Praxis**

Vorname/Name **Isa Aebli**

Strasse/Nr. **Elisabethenstrasse 41**

PLZ/Ort **4051 Basel**

Telefon **061 272 54 35**

Anmeldung zur TCM für:

- Akupunktur  
 Tuina

- Chin. Arzneimitteltherapie  
 Diätetik

Anrede

Vorname

Strasse

Telefon

Geburtsdatum

Name Kanton

PLZ/Ort

Natel

Diagnose:  Krankheit  Unfall

---

---

---

Hauptbeschwerden:

---

---

---

---

---

---

Bisherige Therapie:

---

---

Aktuelle Medikamente:

---

---