



Überweisung zur TCM-Behandlung

Patientendaten

Anrede Frau Herr

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Zusatzversicherung Krankenkasse Ja Nein

Wenn ja, welche?

Zuweisungsdiagnose(n)

z.B. Rückenschmerzen, Schlafstörungen usw.

Nebendiagnose(n)

erhöhte Blutungsneigung



Relevante anamnestische Angaben, klinische Befunde, bisherige Abklärungen

[Redacted area for anamnesis and clinical findings]

Medikamente

[Redacted area for medication list]

- Antikoagulation
- Immunsuppressiva / Steroide

Bemerkungen

[Redacted area for remarks]

[Redacted area for location and date]

Ort, Datum

[Redacted area for stamp and signature]

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes