

# VERORDNUNG ZUR AKUPUNKTUR



GONG TCM  
Praxis für chinesische Medizin

## Patient:

Name		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	
Strasse		PLZ, Ort	
Telefon Privat		E-Mail	
Nationalität		Muttersprache	
Telefon Geschäft		Beruf	
Arbeitgeber		PLZ, Ort	
Versicherer		Vers.-/Unfall-Nr.	

## Angaben zur Einweisung:

Diagnosen
-----------

Grund
-------

Behandlungsauftrag
--------------------

Beilagen (Bitte aktuelle Berichte beilegen, sofern vorhanden)

## Zuweiser:

Arzt/Therapeut/Klinik			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon		Email	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ärztlich verordnet durch:(Unterschrift)