

## Ärztliche Verordnung

---

Überweisung von:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Datum:

Überweisung an:

ShenlongTCM  
Eros De Giovanni  
Kantonsstrasse 14  
8807 Freienbach SZ  
Tel. 079 869 70 82

**Anmeldung zur TCM für:**

Anrede: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**     Krankheit     Unfall

---

---

---

**Hauptbeschwerden:**

---

---

---

---

---

---

**Aktuelle Medikamente:**

---

---