

Überweisungsformular/Ärztliche Verordnung

Für **Fu Cheng**, TCM

(Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin)

Burgdorf Fax 034 422 99 38

Solothurn Fax 032 622 99 80

Name, Vorname der Patientin/des Patienten 患者姓名	Geburtsdatum 生日
--	-----------------

Strasse, PLZ, Ort 地址	Tel. P Tel. G Natel
----------------------	---------------------------

Überweisungsdatum 转诊日期

Überweisungsgrund 转诊原因	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
------------------------	---

Ich überweise Ihnen obgenannte Patientin/obengenannten Patienten zur Übernahme der Behandlung

Diagnose 诊断, Status 状况

Medikation ev. Beilagen (Labor, Untersuchungsbericht Facharzt, Röntgenbefund etc. 用药, 附 (化验, X线, 专科医生检查报告等)
--

Praxis-Stempel 诊所印章	Unterschrift Hausarzt /Facharzt 家庭医生
---------------------	--------------------------------------