**Überweisung Therapie**

SIHLMED Zentrum für Integrative Medizin

**Personalien**

Name       Vorname

Strasse       PLZ, Ort

Geburtsdatum       Telefon

Krankenkasse       Zusatzversicherung

**Termin**

Notfall  innert 1-2 Wochen  innert 3-4 Wochen

bitte aufbieten  Termin telefonisch vereinbart

**Therapie**

Bioresonanz  Polarity  Tiefenpsychologische Hypnose

Craniosacral Therapie  Rebalancing  Psychiatrisches Konsilium

Ernährungstherapie  TCM-Akupunktur  Psychotherapie (Warteliste)

Diagnose

Fragestellung

Medikamente

Bemerkungen / Informationen

Datum / Unterschrift / Absender