**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