

Patienteneinwilligung / Hinweisschreiben

Ich habe mich für eine Behandlung nach dem Vorbild der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) entschieden.

Ich wurde darüber informiert, dass nicht jede öffentliche Apotheke über die Möglichkeiten verfügt, TCM-Rezepturen herzustellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

Frau / Herr / Name Praxis **Melanie Feller, Praxis für traditionelle chinesische Medizin**

das Rezept für mich an die LIAN CHINAHERB (Spezialapotheke für hochwertige TCM Arzneimittel) weiterleitet und die für die Bearbeitung der Rezeptur notwendigen personenbezogenen Daten an LIAN CHINAHERB übermittelt.

Name des Patienten

Datum/Ort

Unterschrift



LIAN CHINAHERB AG
Fürtistrasse 7
CH-8832 Wollerau
Schweiz
info@lian.ch • www.lian.ch