

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

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.

[Redacted area]

Name des Patienten

[Redacted area]

Datum/Ort

[Redacted area]

Unterschrift



LIAN CHINAHERB
Vogelzankweg 243d
6374 AC Landgraaf
Niederlande
info@lian.ch • www.lian.ch