

# Patientenblatt

## Angaben Besitzer

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_  
Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_

## Angaben Hund/Katze:

Name: \_\_\_\_\_  
Rasse: \_\_\_\_\_  
Rüde/Hündin/Kater  
Katze: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_

## Vom Therapeuten auszufüllen:

Diagnose nach TCM: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Akupunkturpunkte: \_\_\_\_\_