

BUCHLI

ORTHOPÄDIE

Ärztliche Verordnung

Name: _____

Strasse / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____

Diagnose

Verordnung

Verordnender Arzt

Bitte um telefonische Rücksprache

Stempel: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Buchli Orthopädie
La-Nicca-Strasse 10, 7000 Chur
081 252 20 73, info@buchli.ch

Filiale
Plazza Paracelsus 2, 7500 St. Moritz
081 832 27 33, st.moritz@buchli.ch

www.buchli.ch