

# 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](http://www.buchli.ch)