

Überweisung zur Chiropraktischen Beurteilung & Behandlung

PatientIn

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Geschlecht

Telefon

Adresse ChiropraktorIn

Termin

dringliche Konsultion

bitte direkt aufbieten

vereinbart am: :

Versicherer

Name

Strasse

PLZ/Ort

Fall

Gesetz

Vers.-Nr./-Datum

Hausarzt-Modell nein ja

Zuweisungsgrund

Schmerzen akut subakut chronisch

Verdacht auf DH nein ja Verdacht auf Trauma nein ja

Beschwerden / Fragestellung HWS BWS/Rippen LWS/Becken ISG

Hüftgelenk Extremitäten TMG Anderes

Bisherige Abklärungen

Bisherige Behandlung

Bemerkungen

Bericht erwünscht: per Mail per Tel.
 per Post per Fax

Datum

Unterschrift _____
bei elektronischer Einsendung unötig

Arzt / Ärztin

Adresse

Tel. / Fax

Mail

GLN / ZSR