

Demande d'examen et de traitement chiropratiques

Patient

Nom
Prénom
Rue
NP / Lieu
Date de naissance Sexe
Téléphone

Adresse de la chiropractie

Rendez-vous

Consultation urgente
 Convocation directe
 Rendez-vous, le :

Assurance

Nom
Rue
NP/Lieu

Cas

Loi
N° cas/date cas
Modèle MdF non oui

Résultat d'examen / diagnostic / traitement

Douleurs aiguës sub-aiguës chroniques
Hernie discale probable non oui Traumatisme probable non oui
Troubles physiques/
question rachis cervical rachis dorsal/côtes rachis lombaire/ceinture pelvienne
 articulation sacro-iliaque hanche extrémités atm autre

Résultat
antécédent

Traitement
antécédent

Remarques

Rapport désiré par Mail par Tél.
 par Post par Fax

Date

Signature _____

superflu pour envoi électronique

Médecin

Adresse
Tél. / Fax
Mail
GLN / RCC