

Überweisung zur Chiropraktischen Beurteilung & Behandlung

Datum

PatientIn

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Geburtsdatum Geschlecht
Telefon

Empfänger

Termin

dringliche Konsultion
 bitte direkt anbieten
 vereinbart am: :

Versicherer

Name
Strasse
PLZ/Ort

Fall

Gesetz/Vers.-Nr.
Unfall.-Nr./-Datum
Hausarzt-Modell nein ja

Zuweisungsgrund

Schmerzen akut subakut chronisch
Verdacht auf DH nein ja Verdacht auf Trauma nein ja
Beschwerden / HWS BWS/Rippen LWS/Becken ISG
Fragestellung Hüftgelenk Extremitäten TMG Anderes

Bisherige Abklärungen

Bisherige Behandlung

Bemerkungen

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

Arzt / Ärztin

Mail
GLN ZSR

Chiropraktor / Chiropraktorin

Mail
Tel. Fax

Elektronische Übermittlung