

Überweisung zur Chiropraktischen Beurteilung & Behandlung

Datum

PatientIn

Name
 Vorname
 Strasse
 PLZ/Ort
 Geburtsdatum Geschlecht
 Telefon

Empfänger

Termin

dringliche Konsultion
 bitte direkt aufbieten
 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 / Fragestellung HWS BWS/Rippen LWS/Becken ISG
 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**