

# Demande d'examen et de traitement chiropratiques

Date

## Patient

Nom   
 Prénom   
 Rue   
 NP / Lieu    
 Date de naissance  Sexe   
 Téléphone

## Destinataire

## Rendez-vous

Consultation urgente  
 Convocation directe  
 Rendez-vous, le  :

## Assurance

Nom   
 Rue   
 NP / Lieu

## Cas

Loi / N° assu.    
 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 Fax  par Post

## Médecin

Mail   
 GLN  RCC

## Chiropraticien / chiropraticienne

Mail   
 Tél.  Fax

**Transmission électronique**