

# 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 nötig

## Arzt / Ärztin

Adresse

Tel. / Fax

Mail

GLN / ZSR