

# Verordnung zur Chiropraktischen Beurteilung & Behandlung

## PatientIn

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum  Geschlecht

Telefon

## Adresse ChiropraktikerIn

## Termin

dringliche Konsultion

bitte direkt aufbieten

vereinbart am:  :

## Versicherer

Name

Strasse

PLZ/Ort

## Fall

Gesetz

Vers.-Nr./-Datum

Versicherten-Nr.

## Befund / Diagnose / Behandlung

Schmerzen  akut  subakut  chronisch

Verdacht auf DH  nein  ja Verdacht auf Trauma  nein  ja

Beschwerden / Fragestellung  HWS  BWS/Rippen  LWS/Becken  ISG

Hüftgelenk  Extremitäten  Anderes

Bisherige  
Abklärungen

Bisherige  
Behandlung

Bemerkungen

Bericht  nicht nötig  erwünscht

Datum

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

## Arzt / Ärztin

Adresse

Tel. / Fax

GLN / ZSR