

Bericht zur Chiropraktischen Beurteilung & Behandlung

Datum

PatientIn

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Geburtsdatum Geschlecht
Telefon

Empfänger

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

Durchgeführte
Behandlung

Chiropraktor / Chiropraktorin

Mail
GLN ZSR

Arzt / Ärztin

Mail
GLN ZSR

Elektronische
Übermittlung