medForms.ch
© 2019, alle Rechte vorbehalten

Überweisung zur Chiropraktischen Beurteilung & Behandlung

Datum

PatientIn

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Geburtsdatum Geschlecht
Telefon

Empfänger ChiropraktorIn

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

Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!