medForms.ch
© 2019, tous droits réservés

Demande d'examen et de traitement chiropratiques

Date

Patient

Nom
Prénom
Rue
NP / Lieu
Date de naissance
Sexe
Téléphone

Destinataire

Chiropractie

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

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!