

Anmeldung zur chiropraktischen Beurteilung & Therapie

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geb. Dat.: _____ Tel.: _____

Krankenkasse/Unfallversicherung: _____

Hausarztmodell HMO-Modell

Diagnosen/Befunde: _____

Bisherige Therapien: _____

Die jetzigen Beschwerden sind: Akut Subakut Chronisch

Bitte um Übernahme aller diagnostischen/therapeutischen Massnahmen

Bitte weitere diagnostische/therapeutische Massnahmen nur nach Rücksprache

Bitte Patient aufbieten **Patient hat Termin am:** _____

Berichtskopien beiliegend **Bildgebende Diagnostik:** _____

Bemerkungen: _____

Datum: _____ **Stempel, Unterschrift:** _____