

DEMANDE D'EXAMEN ET DE TRAITEMENT CHIROPRATIQUES

Date: _____

Système de médecin de famille oui non

Rapport désiré oui non

par courriel par fax par courrier

Courriel: _____

Nom / Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Rendez-vous, le _____ Convocation directe _____

Colonne vertébrale

cervicales dorsales / côtes lombaires / sacro-iliaque hanche ATM
ceinture pelvienne

douleurs aiguës douleurs subaiguës douleurs chroniques

Hernie discale probable oui non Traumatisme oui non

Autres problèmes

Résultats d'analyse existants:

Traitement antécédent:

Remarques:

Timbre du médecin: