

# ÜBERWEISUNG CHIROPRAKTIK

Datum: \_\_\_\_\_

Hausarztmodell  Ja  Nein

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Termin vereinbart \_\_\_\_\_  Bitte direkt aufbieten \_\_\_\_\_

## Wirbelsäule

HWS  BWS / Rippen  LWS/Becken  ISG  Hüftgelenk

akut  subakut  chronisch

Verdacht auf DH  Ja  Nein Trauma  Ja  Nein

**Andere Beschwerden**

---

Bisherige Abklärungen:

Bisherige Behandlung:

Bemerkungen:

Bericht erwünscht:  Ja  Nein

Stempel zuweisender Arzt: