

Zuweisung Praxis INTEGRI AG

Bern

Burgdorf

Thun

Name Patient/in

Geburtsdatum

Telefonnummer

Überweisung für

Chiropraktik

Med. Massage

Bitte direkt aufbieten

dringliche Konsultation

Termin wurde vereinbart am

um

Uhr.

Aktuelle Beschwerden/Fragestellungen

HWS

BWS/Rippen

LWS/Becken

Extremitäten

Div.

Beschwerdebild/Fragestellung

Bisherige Abklärungen/Bildgebung

Bisherige Behandlung/en

Bemerkungen

Name Arzt/Ärztin

Praxisadresse

Telefon für Rücksprachen

Bei Zuweisung an INTEGRI Bern: Bitte Formular per E-Mail an integri@hin.ch

Bei Zuweisung an INTEGRI Burgdorf: Bitte Formular per E-Mail an integri.burgdorf@hin.ch

Bei Zuweisung an INTEGRI Thun: Bitte Formular per E-Mail an integri.thun@hin.ch