

# Zuweisungsformular

Dr. Jon Buchli  
Chiropraktor SCG / ECU

Name Patient/in

Geburtsdatum  Tel.

Versicherungsmodell  Standard  Hausarzt-Modell  HMO-Modell

Termin  bitte direkt aufbieten  dringliche Konsultation  Pat. meldet sich selber

Termin wurde vereinbart am  um  Uhr

## Aktuelle Beschwerden/Fragestellungen

HWS  BWS/Rippen  LWS/Becken  Extremitäten  Div.

Beschwerdebild/Fragestellung

Bisherige Abklärungen/Bildgebung

Bisherige Behandlung/en

Weitere Diagnosen

Bemerkungen

Siehe Dokumente im Anhang

## Zuweisende Person

Name Arzt/Ärztin

Praxisadresse

Telefon  (für Rücksprachen)

HIN-E-Mail  (für Bericht)

Datum

Bitte Formular als PDF speichern und per HIN-E-Mail senden an: [buchlichiropraktik@hin.ch](mailto:buchlichiropraktik@hin.ch)