

## Anmeldung zur Chiropraktischen Beurteilung & Therapie

### Patientenangaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb. Dat.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Mobile.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Diagnose(n)/Befunde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen/bisherige Therapie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die jetzigen Beschwerden sind:  Akut  Subakut  Chronisch

Gewünschte Therapie(n): \_\_\_\_\_

- Manualtherapie (chiropraktische Mobilisation / Manipulation)
- Triggerpunkttherapie / Dry Needling
- NSA (Network Spinal Analysis – low force chiropraktische Behandlungsmethode unter Einbezug von atemtherapeutischen Entspannungsmassnahmen)
- SE (Somatic Experiencing – Lösung von unvollständigen Abwehr- und Erstarrungsreaktionen im vegetativen Nervensystem)
- Instruktion Rumpfstabilisation

Bitte Patient aufbieten **Patient hat Termin am:** \_\_\_\_\_

Berichtskopien beiliegend **Bildgebende Diagnostik:** \_\_\_\_\_

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

Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_