

## Zuweisung Praxis INTEGRI AG

■ Bern ■ 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](mailto:integri@hin.ch)

### Bei Zuweisung an INTEGRI Thun:

Bitte Formular per E-Mail an [integri.thun@hin.ch](mailto:integri.thun@hin.ch)

