

Mo, Di, Do, Fr 07-12 Uhr, 14-18 Uhr
Mi 14-20 Uhr
Sa nach Vereinbarung

Tel: 041 320 85 85
Fax: 041 320 85 80
Mail: raoul.schaetzle@hin.ch

Herr
Dr. Raoul Schätzle
Chiropraktor SCG / ECU
Luzernerstrasse 4
6010 Kriens

Anmeldung zur chiropraktischen Beurteilung / Behandlung

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

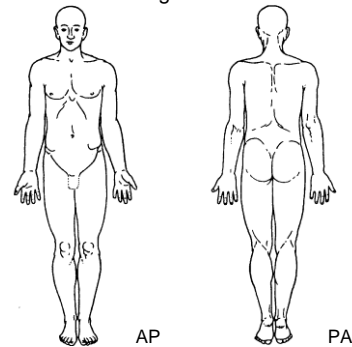
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

- Telefonisch angemeldet. Termin am: _____
- Bitte aufbieten

Zuweisungsgrund / Klinische Angaben:

- Krankheit
- Unfall

Bitte vorhandene bildgebende Abklärungen dem/der Pat. mitgeben.



Übrige relevante Diagnosen / Bemerkungen:

Datum: _____ Praxisstempel, Unterschrift: _____