

## BENYT VENLIGST BLOKBOGSTAVER



KIROPRAKTISK KLINIK  
KIROPRAKTIK FOR **HELE** FAMILIEN

FEINER/VILLEFRANCE

Stengade 6 – 9000 Aalborg – TLF. 98134606

### Patientinformation

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr. nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_

(BLOKBOGSTAVER) Mailadresse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Medlem af Danmark: Ja\_\_ Nej\_\_

Betales behandling af Sundhedsordning eller forsikring (Navn): \_\_\_\_\_

Beskriv dit nuværende problem/symptom i korte træk:

---

---

---

Varighed: \_\_\_\_\_ Daglig medicin.: \_\_\_\_\_

Alvorlig sygdom: \_\_\_\_\_

Operationer: \_\_\_\_\_

### SAMTYKKE:

Årsagen til dine gener skal ikke altid findes i det område, hvor generne er. Vi undersøger hele bevægeapparatet og behandler, hvor vi finder nedsat funktion.

#### Sæt kryds ved de punkter du kan give dit samtykke til:

Journalførelse og opbevaring af journal.

Kontakt til egen læge.

Rekvirering af billeddiagnostik.

Tværfagligt forløb – dele din journal med andre faggrupper i huset.

Kontakt til sundhedsordning eller anden betaler.

Behandling af hele bevægeapparatet under hensyntagen til slidtage, skader, operationer mv.

#### Hvem har anbefalet dig klinikken:

Familie: \_\_\_\_\_

Venner: \_\_\_\_\_

Deres læge: \_\_\_\_\_

Anden Faggr: \_\_\_\_\_

Internettet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift