

Anmeldung ambulante rheumatologische Sprechstunde

Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse Nr. _____ PLZ/Ort/Kanton _____
Geburtsdatum _____ Arbeitgeber _____ Neue AHV-Nr. 756 _____
Telefon P _____ Telefon G _____
Versicherer _____ Vers.-/Unfall-Nr. _____
Krankheit Unfall

Aktuelles Problem und Grund für die Zuweisung

Bisher diesbezüglich durchgeführte Abklärungen/Behandlungsergebnisse (wichtige Laborbefunde, Röntgen, MRI usw.)

Relevante Nebendiagnosen

Aktuelle Medikation

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Formular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden.

Detaillierte Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.aarreha.ch/impressum>

Datum _____ Ärztin/Arzt _____
(Stempel und Unterschrift)

aarReha Schinznach

Zentrum für Rehabilitation
Schinznach
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad

Zentrum für Rehabilitation
Zofingen
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen

Bitte senden Sie Anmeldungen per E-Mail aus Datenschutzgründen in verschlüsselter Form (z.B. hin.ch).

Informationen/Anmeldeformulare erhalten Sie auch über unsere Website www.aarreha.ch

T 056 463 85 11
info@aarreha.ch
www.aarreha.ch