

# Anmeldung zur Ultraschalldiagnostik

## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon P \_\_\_\_\_ Neue AHV-Nr. 756 \_\_\_\_\_

## Dringend

### Gewünschte Untersuchung

#### Bewegungsapparat

Schultergelenk  
Kniegelenk  
Hüftgelenk  
Handgelenk  
Fingergelenke  
OSG  
Vorfuss

re li

### Gewünschte Untersuchung

#### Abdomen

Ganzes Abdomen (inkl. Unterbauch)  
Abdomen (ohne Unterbauch)  
Restharnbestimmung  
Duplexsonografie der Beinvenen

re li

#### Übriges

Schilddrüse  
Anderes

## Diagnosen

## Fragestellung

## 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