

# Anmeldung zur Klinischen Psychologie

## Personalien

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

## Therapie

Einzeltherapie  
Konsiliargespräche  
Entspannungstherapie  
Schmerzbewältigung  
Paar- und Familiengespräche

## Diagnosen

## Bemerkungen

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