

Anmeldung zur Ultraschalldiagnostik

Personalien

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

Dringend

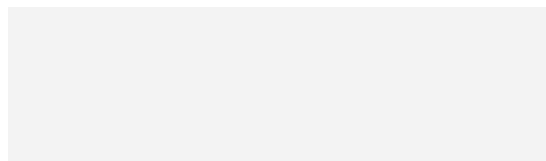
Gewünschte Untersuchung	re	li	re	li
Bewegungsapparat				
Schultergelenk			Fingergelenke	
Kniegelenk			OSG	
Hüftgelenk			Vorfuss	
Handgelenk				

Diagnosen

Fragestellung

Medikation

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Formular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden. Datenschutzerklärung unter <https://www.aarreha.ch/impressum>



Ärztin/Arzt
(Stempel mit ZSR-Nummer und GLN)

Datum/Unterschrift _____

aarReha Schinznach
Zentrum für Rehabilitation
Schinznach
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad

Zentrum für Rehabilitation
Zofingen
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen