

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