

# Anmeldung zur Ultraschalldiagnostik

## Personalien

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

## Dringend

### Gewünschte Untersuchung

re li

re li

### Bewegungsapparat

Schultergelenk

Fingergelenke

Kniegelenk

OSG

Hüftgelenk

Vorfuss

Handgelenk

## Diagnosen

## Fragestellung

## Medikation

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Ärztin/Arzt

## aarReha Schinznach

Zentrum für Rehabilitation  
Schinznach  
Badstrasse 55  
5116 Schinznach-Bad  
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation  
Zofingen  
Mühlethalstrasse 27  
4800 Zofingen  
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation  
Campus Brugg-Windisch  
Bahnhofstrasse 5a  
5210 Windisch  
T 056 463 88 00

[patientendisposition@aarreha.ch](mailto:patientendisposition@aarreha.ch)

[info@aarreha.ch](mailto:info@aarreha.ch)  
[www.aarreha.ch](http://www.aarreha.ch)