

# Anmeldung Sprechstunden und ambulante Programme

## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Versicherer \_\_\_\_\_ Vers./Unfall-Nr. \_\_\_\_\_

## Einweisungsgrund

Krankheit    Unfall

### Ärztliche Sprechstunde/Beratung

Rheumatologie  
Orthopädie  
Physikal. Medizin und Rehabilitation  
Allg. Innere Medizin

Psychiatrie  
Psychotherapie  
Ernährungsberatung

### Ambulantes Programm

Interdisziplinäre Rehabilitation  
Beckenboden-Rehabilitation  
Chronische Schmerzen  
Onkologische Rekonditionierung

## Aktuelles Problem und Grund für Zuweisung

Bisher diesbezüglich durchgeführte Abklärungen und Resultate (wichtige Laborbefunde, Röntgen, MRI, neurologische Berichte etc.)

## Relevante Nebendiagnosen

## Aktuelle 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)