

Anmeldung zur Ultraschalldiagnostik

Personalien

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

Dringend

Gewünschte Untersuchung

Bewegungsapparat

Schultergelenk

Kniegelenk

Hüftgelenk

Handgelenk

re li

Fingergelenke

OSG

Vorfuss

re li

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

arztsekretariat@aarreha.ch

info@aarreha.ch
www.aarreha.ch