



Klinik Adelheid

Zentrum für Rehabilitation
und Nachbehandlung

Anmeldung für interdisziplinäre Schmerzprechstunde ISS

Bitte alle Felder ausfüllen!

Klinik Adelheid AG
Schmerzprechstunde ISS
Postfach 466
Höhenweg 71
6314 Unterägeri

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Strasse: _____ Tel.-Nr. _____
PLZ: / Ort: _____ Privat _____
Tel. -Nr. _____
Mobile _____

Tel. 041 754 36 11
Fax 041 754 36 64
info@klinik-adelheid.ch
www.klinik-adelheid.ch

Beruf: _____

Hausarzt: _____ Adresse des
Hausarzt: _____

Krankheit Unfall

Diagnosen:

Wichtige Nebendiagnosen:

Adresse, Tel.Nr.,
Unterschrift des
einweisenden Arztes:

Zur optimalen Patienten-Betreuung bitten wir die vorhandenen Berichte beizulegen!