

Anmeldung Ambulante kardiale Rehabilitation

Bitte Anmeldekarte in einem Couvert an
Herzpraxis Birseck, Birseckstrasse 85,
4144 Arlesheim senden oder per Fax an
061 703 85 83.



Anmeldung durch (Hausarzt, Spital)

Bitte senden Sie uns mit der Anmeldung
Diagnosen, Coro-/OP-Befunde und Berichte.

Spital:

Name Arzt:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Bemerkung:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt

Zu behandelnde Person

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel.:

Hausarzt/In:

Krankenkasse: