

Termin-Anfrage im

GESUNDHEITZENTRUM REINECKE

Name: Telefon:

Vorname: Geb. Datum:

Verordnung

Rezept gesetzl. Krankenkasse (muss binnen 14 Kalendertagen begonnen werden!) Privat -Rezept

Krankengymnastik Manuelle Therapie Massage

Lymphdrainage: 30 Min. 45 Min. 60 Min. Min.

Krankengymnastik am Gerät / Medizinische Trainingstherapie

Anzahl der Verordnung: x

Zusatzverordnung:

Wärmetherapie: Fango / Heißluft Elektrotherapie Schlingentisch

Sonstiges.....

Behandlungstermin

Bevorzugte Zeiten für Termine bitte mit einem (X) kennzeichnen, nicht mögliche Zeiten bitte streichen (-)

Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00

Wunschtermin am:

Datum						
Uhrzeit (von bis)						



PHYSIOTHERAPIE REHASPORT ERGOTHERAPIE LOGOPÄDIE

GESUNDHEITZENTRUM ASTA REINECKE
NEUKUHLA 12
21709 HIMMELPFORTEN

TEL 04144 - 1575 FAX - 210941
ASTA.REINECKE@T-ONLINE.DE

WWW.GESUNDHEITZENTRUM-REINECKE.DE