

Ärztliche Verordnung

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Diagnose: _____

Verordneter orthopädischer Behelf: _____

Bemerkung: _____

Datum: _____ Rückruf erwünscht unter Tel. _____

Verordnende Stelle

Stempel und Unterschrift:

9006 St.Gallen
Shopping Silberturm
Rorschacherstrasse 154
Tel. 071 243 60 60
Fax 071 243 60 61
info@spiess-kuehne.ch
spiess-kuehne@hin.ch
spiess-kuehne.ch

7000 Chur
Loestrasse 2/4
Tel. 081 252 36 54
Fax 081 253 68 45
chur@spiess-kuehne.ch

8280 Kreuzlingen
Tellstrasse 13
Tel. 071 672 24 82
Fax 071 672 24 52
kreuzlingen@spiess-kuehne.ch

8640 Rapperswil
Neue Jonastrasse 52
Tel. 055 210 95 70
Fax 055 210 95 71
rapperswil@spiess-kuehne.ch

8400 Winterthur
Lagerhausstrasse 3
Tel. 052 222 96 49
Fax 052 223 00 15
winterthur@spiess-kuehne.ch

Mitglied der Verbände



VERBAND
FUSS & SCHUH