

VERORDNUNG

PATIENT

Anrede _____
Name _____
Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Geb.-Datum _____

DIAGNOSE

HILFSMITTEL

VERORDNET DURCH

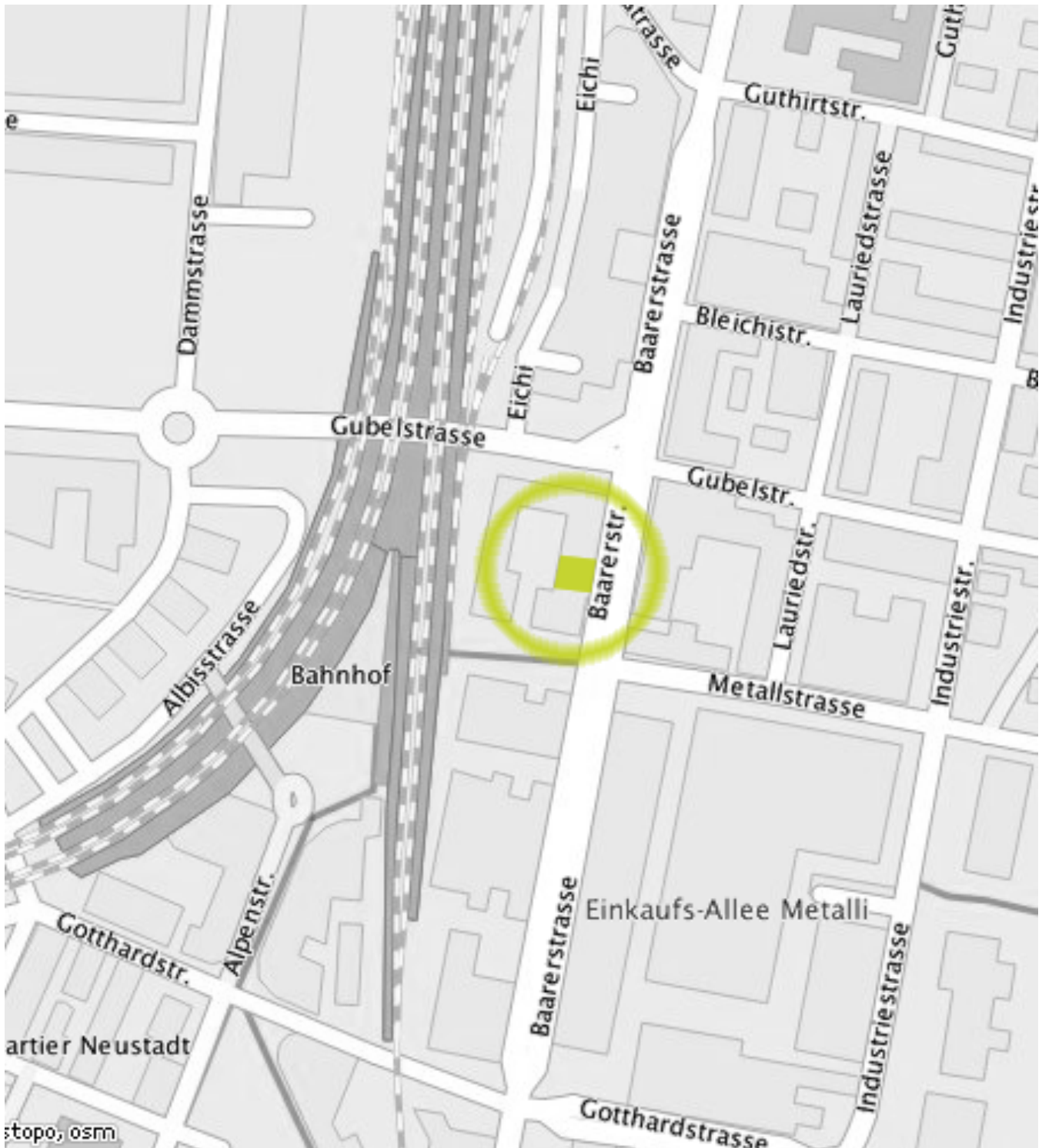
Praxis _____
Arzt _____
PLZ / Ort _____

DATUM / UNTERSCHRIFT

Wir bitten Sie um telefonische Voranmeldung.

ORTHOLINO
Orthopädie-Technik Schmid & Co.
Baarerstrasse 45
6300 Zug

Tel. 041 351 20 20
Fax. 041 351 20 22
Mail info@ortholino.ch
url. www.ortholino.ch



ÖFFNUNGSZEITEN:

Montag	geschlossen
Dienstag bis Freitag	09:00 – 12:30 / 13:30 – 18:30
Samstag	09:00 – 17:00