

# Warteliste Skoliose

Aufnahmetag	
Name	
Strasse	
Wohnort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Email	
Krankenkasse	
Skoliosegrad nach Cobb	
Korsett ja/nein	
Verfügbare Zeiten (Uhrzeiten)	Mo Di Mi Do Fr
Röntgenbilder vorhanden	
Zuweisender Arzt	
Schrothkenntnisse vorhanden?	
Reha absolviert?	

