



ANMELDUNG IN DER GOLF-KLINIK RAPHAELSKLINIK MÜNSTER

Angaben zur Golfspielerin/zum Golfspieler:

Name: _____

Vorname: _____

Geb: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat Name: _____

Kontakt/Telefon: _____

Niedergelassene(r) Orthopäd*in/Chirurg*in: _____

Beschwerden stichpunktartig: _____

Sprechstunden Ludgerus-Kliniken:

- Schulter- und Ellenbogenchirurgie
- Handchirurgie
- Endoprothetik
- Kniechirurgie
- Fuß- und Sprunggelenkchirurgie
- Traumatologie/Sporttraumatologie
- Radiologie
- Strahlentherapie

Golf-Physiotherapie Raphaelsklinik:

- Spezielle Golfphysiotherapie
- Medizinisches Gerätetraining
- Manuelle Therapie
- Golf-Fitness-Training

zusätzliche Leistung:

- Golf-Mental-Coaching

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail an: golfklinik.raphaelsklinik@alexianer.de

Sie werden nach Eingang des Formulars innerhalb von drei Werktagen zur zeitnahen Terminierung durch unsere Sekretariate kontaktiert.

Datenschutzerklärung:

Mit der Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre eingangs erhobenen Daten zu Ihrer Person uneingeschränkt an medizinische Einrichtungen der Ludgerus-Kliniken Münster GmbH, die im Verlauf Ihrer Behandlung mit Ihnen Kontakt aufnehmen werden, geben dürfen.

Datum:

Unterschrift: