



Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**PATIENTEN-AUFKLEBER**

**INDIKATION**

---

---

---

**HILFSMITTEL**

---

---

---

**BEMERKUNGEN**

---

---

---

- Bitte mit Patient/in diverse Versorgungsmöglichkeiten testen
- Bitte um Kostenabklärung mit Kostenträger
- Bitte um Rückruf/Rückmeldung an behandelnden Arzt
- Bitte mit Patient Termin vereinbaren – Tel. Patient:

VERORDNET VON \_\_\_\_\_

DATUM, UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

**ORTEA AG** – DAS ORTHOPÄDIE CENTER  
EFFINGERSTRASSE 55, 3008 BERN  
T 031 381 03 03, F 031 381 44 70  
ORTEA@HIN.CH, WWW.ORTEA.CH

**LANGNAU** – DIENSTAGS  
**SCHWARZENBURG** – DONNERSTAGS  
**LANGENDORF** – MITTWOCHS  
**SPITAL INTERLAKEN** – DONNERSTAGS  
**SPITAL THUN** – FREITAGS



**ÖFFNUNGSZEITEN FILIALE BERN**

MO–DO 08.00–12.00/13.30–17.30 UHR  
FR 08.00–12.00/13.30–17.00 UHR

**ANREISE MIT DEM ÖV**

**TRAM 7/8** – KAUFMÄNNISCHER VERBAND  
**TRAM 6** – BRUNNHOF  
**BUS 17** – KAUFMÄNNISCHER VERBAND

**PARKMÖGLICHKEITEN**

**DIREKT VOR DEM LADENGESCHÄFT**

**EINSTELLHALLE COOP, 2. UG**  
BRUNNMATTSTR. 20, 3008 BERN (COOP)  
3 GEHMINUTEN ENTFERNT

**EINSTELLHALLE DENNER, 1. UG**