

Anmeldung zur Schmerztherapie / Intervention / Schmerzsprechstunde

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht

Dringlichkeit

Sobald wie möglich
 Dringend
 Normal

Kostenträger Vers.-Nr.

Versicherung

Diagnose(n)

Relevante Nebendiagnosen

Blutgerinnung (Aspirin, Marcoumar, Xarelto, andere)

Allergien (speziell Jod, Kontrastmittel)

Laborwerte (wenn vorhanden aus letzten 3 Monaten) Lc Tc INR/Quick

Patient bringt mit MRI/CT/Röntgenbilder

Weitere Berichte

Bericht / Kommunikation Arzt-Arzt HIN-Mail Telefonisch Brief

Aufgebot Schmerzsprechstunde

Gewünschte Intervention

Weitere Massnahmen Erwünscht, ohne vorhergehende Rücksprache

Erst nach Rücksprache (Telefon/Mail)

Nicht erwünscht. Das weitere Vorgehen wird zuerst von den Zuweisenden mit der Patientin/dem Patienten besprochen.

Zuweisender Arzt

Datum Tel. Fax

 GLN ZSR