



Anmeldung zur Schmerztherapie / Intervention / Schmerzprechstunde

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

Dringlichkeit

Sobald wie möglich
 Dringend
 Normal

Kostenträger	Vers.-Nr.	Unfall-Nr./-Dat.	/
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 Schmerzprechstunde
 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

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.