

Anmeldung

Patientin/ Patient:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: m w

Strasse:

PLZ Wohnort:

Tagsüber erreichbar unter:

Privat Festnetz:

Natel:

Geschäft:

Krankheit Unfall

Garant:

Terminvergabe: Bitte Patient aufbieten

Patient meldet sich selber

Dringlichkeit: normal dringend

Notfall (Anmeldung per Tel. unter 061 301 65 40)

Zuweisungsdiagnose:

akute Schmerzen chronische Schmerzen > 3 Monate

Nebendiagnosen:

Schwangerschaft Gerinnungsstörung Infektionen (Hep.B, Hep.C,HIV)

Kardiale Rhythmusstörungen, AV-Block, QT-Zeit Verlängerung

Allergien:

Latex Jod Kontrastmittel

Medikation:

Aspirin Marcoumar andere Blutverdünner:

Labor (bis max. 6 Mt. alt): Quick/INR Tc Lc CRP

Berichte, Röntgenbilder, MRI, CT inkl. Befunden: folgen per Mail,Fax,Post werden vom Patienten mitgebracht

Anmeldung für:

Konsilium: Beurteilung und Therapievorschlag

Medikamentöse und/ oder Interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie

Gewünschte Intervention:

(aus medicolegalen und medizinischen Gründen findet vor einer Intervention immer eine Erstkonsultation statt, Ausnahme ist der Notfall)

Qutenza

Neuraltherapie

Weitere Massnahmen:

erwünscht, ohne vorhergehende Rücksprache

erst nach Rücksprache: Telefon Mail

Erstkonsultationsbericht (innerhalb einer Woche)

Telefonische Rückmeldung nach der Erstkonsultation gewünscht

Berichtskopie an:

Datum:

Zuweiser/ Praxisstempel: