

Klinik für Schmerztherapie

Dr. med. Thomas Blaettner, Chefarzt

Bezeichnung wie z.B. Aufklärungsbogen

Anmeldung für die Schmerzsprechstunde

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Geb. Dat. _____

Krankheit Unfall KK/UVG-Vers: _____

Patient/in bitte telefonisch aufbieten Patient/in meldet sich selbst an

Anmeldung für

Konsil (Beurteilung und Therapievorschlag) Weiterbehandlung

Weiterführende Diagnostik / Therapie

Kann vom Spital veranlasst werden Nach Rückspr. mit Zuweiser/in

Zuweisungsgrund

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chronische Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Tumorschmerzen |
| <input type="checkbox"/> HWS - Distorsionstrauma | <input type="checkbox"/> Ischämie - Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kopf- und Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> Periphere neuropathische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Neuralgien | <input type="checkbox"/> Zentrales Schmerzsyndrom |
| <input type="checkbox"/> M. Sudeck / Complex Regional Pain Syndrom | <input type="checkbox"/> Beurteilung „Multimodale Therapie“ |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

Notfall - Anmeldung **Notfälle bitte direkt telefonisch unter Tel. 061 / 400 84 95 anmelden!**

Besonderheiten

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Chronischer Infekt |
| <input type="checkbox"/> Antikoagulation / Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |

Bemerkungen:

Bisherige Diagnostik / Berichte bitte zusenden oder dem Patienten mitgeben!

Datum: _____ Stempel & Unterschrift: _____