

## Klinik für Schmerztherapie

Dr. med. Bijan Cheikh-Sarraf, Chefarzt

Bezeichnung wie z.B. Aufklärungsbogen

## Anmeldung für die Schmerzprechstunde

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

Chronische Rückenschmerzen

Tumorschmerzen

HWS - Distorsionstrauma

Ischämie - Schmerzen

Kopf- und Gesichtsschmerzen

Periphere neuropathische Schmerzen

Neuralgien

Zentrales Schmerzsyndrom

M. Sudeck / Complex Regional Pain Syndrom

Beurteilung „Multimodale Therapie“

Anderes

Notfall - Anmeldung

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

### Besonderheiten

Allergien

Chronischer Infekt

Antikoagulation / Gerinnungsstörung

Schwangerschaft

Bemerkungen:

**Bisherige Diagnostik / Berichte bitte zusenden oder dem Patienten mitgeben!**

Datum:

Stempel & Unterschrift:

Senden