

Klinik für Schmerztherapie

Dr. med. Bijan Cheikh-Sarraf, 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

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. 061 436 52 50 anmelden!

Besonderheiten

Allergien

Chronischer Infekt

Antikoagulation / Gerinnungsstörung

Schwangerschaft

Bemerkungen:

Bisherige Diagnostik / Berichte bitte zusenden oder dem Patienten mitgeben!

Datum:

Stempel & Unterschrift:

Senden