

Anmeldung

Patientin/ Patient:

Name:

Geburtsdatum:

Strasse:

Tagsüber erreichbar unter:

Natel:

☐ Krankheit ☐ Unfall

Vorname:

Geschlecht: ☐ m ☐ w

PLZ Wohnort:

Privat Festnetz:

Geschäft:

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 Therapieversuch

☐ 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: