

## Anmeldung

### **Patientin/ Patient:**

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse: .....

Tagsüber erreichbar unter: .....

Natel: .....

Krankheit  Unfall

Terminvergabe:  Bitte Patient aufbieten

Dringlichkeit:  normal  dringend

Vorname: .....

Geschlecht:  m  w

PLZ Wohnort: .....

Privat Festnetz: .....

Geschäft: .....

Garant: .....

Patient meldet sich selber

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:**