

Anmeldung zur Schmerztherapie

Kontakt Daten Patient*In

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	
Tel.-Nr.	E-Mail	

Diagnose(n)

Relevante Nebendiagnosen

Antikoagulantien ja/welche nein

Konsilium Mit- und Weiterbehandlung Beurteilung und Therapieverschlagn

Interventionelle Schmerztherapie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epidurale Steroidinfiltration | <input type="checkbox"/> Selektive Nervenwurzel-Blockade |
| <input type="checkbox"/> Facettengelenksinfiltration/MBB | <input type="checkbox"/> Radiofrequenz-Ablation |
| <input type="checkbox"/> Periphere Nervenblockade | <input type="checkbox"/> Periphere Gelenksinfiltration |
| <input type="checkbox"/> Neuromodulation (SCS) | <input type="checkbox"/> Intervention nach Massgabe des Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Lumbalpunktion | <input type="checkbox"/> Infusionstherapie (Procain, Ketamin, Eisen) |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzsprechstunde | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur (KVG) | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie (VVG) | <input type="checkbox"/> TCM/Akupunktur (VVG) |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik | <input type="checkbox"/> TENS |

Bemerkungen

Bitte bisherige Diagnostik/Berichte zusenden oder der Patientin/dem Patienten mitgeben.

Zuweisende/r Ärztin/Arzt