

Anmeldung

Patient

Name .....
Vorname .....
Geb.-Datum .....
Tel Privat .....
Tel Gesch. ....
Tel.mobil .....
Strasse .....
PLZ / Ort .....

Praxis für Interventionelle Schmerztherapie

Dres. med. M. Schnyder, D. Mall-Chabloz
Thannerstrasse 80
4054 Basel

[ ] Unfall [ ] Krankheit
Garant: .....

Terminvergabe:

[ ] bitte Patienten aufbieten [ ] Patient meldet sich selber

Anmeldung für:

[ ] Konsilium: Beurteilung und Therapievorschlag
[ ] Interventionelle und/oder medikamentöse Schmerzbehandlung

Dringlichkeit: [ ] normal [ ] dringend [ ] Notfälle bitte telefonisch unter 061 301 65 40 anmelden

Zuweisungsgrund

Akute Schmerzen [ ] .....
Diagnose: .....

Chronische Schmerzen > 3 Monate [ ] .....
Diagnose: .....

Vorgeschlagene Intervention: .....

Für Fragen oder Unklarheiten: 061 301 65 40

Risiken

[ ] Gerinnungshemmende Medikamente / Gerinnungsstörung: .....
[ ] Allergien: .....
[ ] Schwangerschaft
[ ] Kardiale Rhythmusstörungen, AV-Block, QT-Zeit Verlängerung: .....
[ ] Infektionen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV): .....
[ ] anderes: .....

Berichte / Röntgenbilder /MRI / CT

[ ] folgen per Fax, Post [ ] werden vom Patienten mitgebracht

Berichtskopien bitte an: .....

Bemerkungen:

.....
.....

Stempel/Datum/Unterschrift: