

Anmeldung

Patient

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

[] Unfall [] Krankheit
Garant:

Praxis für Interventionelle
Schmerztherapie

Dr. M. Schnyder & Dr. D. Mall-Chabloz
Thannerstrasse 80
4054 Basel

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: