



## Anmeldung zur Schmerztherapie

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse / Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Tel. Privat:	<input type="text"/>
Tel. Geschäft:	<input type="text"/>	Tel. Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		

Dringlichkeit:  Dringend  Notfall Termin:  Uhrzeit:   Bitte direkt aufbieten

### Gewünschte Behandlung

- |  |  |                              |                              |                              |
|--|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konsilium / Beratung / Therapievorschlage          | <input type="checkbox"/> Peridural (PDA)                       | <input type="checkbox"/> HWS | <input type="checkbox"/> LWS | <input type="checkbox"/> BWS |
| <input type="checkbox"/> Selektiver Nervenwurzelblock                        | <input type="checkbox"/> Facettengelenkinfiltration            |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Nervenblock gezielt / evtl. repetitiv unter BV / US | <input type="checkbox"/> Infiltration bei Tendinose / Bursitis |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Lumbalpunktion                        | <input type="checkbox"/>                                       |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Nach Ermessen Schmerztherapeut                      | <input type="checkbox"/>                                       |                              |                              |                              |

### Zuweisungsgrund

### Diagnose/n

### Wichtige Nebendiagnosen



### Medikamente

<input type="checkbox"/> Aspirin Cardio	<input type="text"/>	mg	Indikation:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Plavix, Efient, Brilique			Indikation:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Orale Antikoagulation			Indikation:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Marcoumar	<input type="checkbox"/> Xarelto	<input type="checkbox"/> andere:		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> NSAR:	<input type="text"/>			
Weitere Medikamente:	<input type="text"/>			

### Allergien

Nein

Ja, welche?

**Latex Allergie:**  Ja  Nein      **Jod Allergie:**  Ja  Nein

**Bildgebung:**  beiliegend       keine vorhanden

**Weitere Berichte:**  beiliegend       keine vorhanden

### Bemerkungen:

**Datum:**

**Arzt / Ärztin, Adresse, Telefon Nr.:**

**Bericht:**  Elektronisch (E-Mail)       Post       Fax