

**ANMELDEFORMULAR SCHMERZSPRECHSTUNDE**

MAIL: [schmerzmedizin@hin.ch](mailto:schmerzmedizin@hin.ch) FAX: 041/ 500 73 21

Patientin/ Patient (oder Kleber):

Geschlecht:  m  w

Name: .....Vorname:.....

Geburtsdatum: ..... Tagsüber erreichbar unter: ...../.....

Strasse:.....

PLZ: ..... Ort: .....

Zuweisungsdiagnose: .....

Wichtige andere Diagnosen: .....

Blutverdünner:  Aspirin  Xarelto  Marcoumar  andere: .....

Allergien:  Jod  Kontrastmittel  .....

PatientIn bringt mit:  MRI/CT/Röntgenbilder: .....

Planung Dringlichkeit:  dringend  sobald wie möglich  normal

Aufgebot:  Aufgebot durch SchmerzMedizinLuzern  PatientIn meldet sich

Termin schon vereinbart am: .....

Kommunikation Arzt-Arzt:  Erstkonsultationsbericht:  MAIL  Post

Telefonische Rückmeldung nach der Erstkonsultation gewünscht

Gewünschte Intervention\*: .....

(\*aus medicolegalen und medizinischen Gründen findet vor einer Intervention immer ein Erstkonsultation statt)

Weitere Massnahmen:  erwünscht, ohne vorhergehende Rücksprache

Nach der Erstkonsultation  erst nach Rücksprache  Telefon  Mail

nicht erwünscht. Das weitere Vorgehen wird zuerst von den Zuweisenden mit der Patientin/dem Patienten besprochen.

Datum:

Zuweiser/Praxisstempel: