

ANMELDUNG SCHNELLZUWEISUNG zur SOFORTINFILTRATION

MAIL: schmerzmedizin@hin.ch

Fax: 041 50 73 21

PATIENT/IN (oder Kleber):

Geschlecht: m w

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ: Ort: Tagsüber erreichbar unter:/.....

ZUWEISUNGSDIAGNOSE:

Wichtige Nebendiagnosen:

..... beiliegende Berichte

Blutgerinnung: Aspirin Xarelto mg Marcoumar andere :.....

Allergien: Jod Kontrastmittel

GEWÜNSCHTE

INTERVENTION*:

(*aus medicolegalen und medizinischen Gründen findet vor einer Intervention immer eine Konsultation statt)

Vorhandene Bilder (MRT, ...): Berichte beiliegend

PLANUNG Aufgebot: durch SchmerzMedizinLuzern PatientIn meldet sich

Termin schon vereinbart am:

Kommunikation: per Mail per Post (Telefonische Rückmeldung gewünscht)

Weitere Massnahmen:

(ohne weitere Angaben erfolgt die Nachkontrolle in der Zuweiserpraxis)

Datum:

Zuweiser/Praxisstempel: