

Anmeldung zur Schmerztherapie

Ambulant Stationär Abt. _____ Zimmer _____

Name	Vorname
Strasse/Nr.	Postleitzahl/Ort
Geburtsdatum	Telefon privat
Krankenkasse	Telefon Gesch.
Policen-Nummer	Telefon Mobil

Gewünschte Behandlung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Konsilium, Beurteilung und Therapieversuch | <input type="checkbox"/> Diagnostische Lumbalpunktion |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle und/oder medikamentöse Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bitte direkt aufbieten | |

Zuweisungsgrund

Diagnose

Wichtige Nebendiagnosen

Medikamente

- Aspirin cardio Indikation
- Plavix, Efiect, Brilique Indikation
- Orale Antikoagulation (Marcoumar, Xarelto[®])
- NSAR
- Weitere:

Allergien

- Nein
- Ja, welche

Bildgebung

- beiliegend wird mitgebracht im Zuger Kantonsspital keine vorhanden

Weitere Berichte

- beiliegend werden mitgebracht im Zuger Kantonsspital keine vorhanden
- Labor vorhanden

Bemerkungen

Datum

Arztname, Adresse, Tel.Nr.