

## 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 Therapievorschlag                 | <input type="checkbox"/> Diagnostische Lumbalpunktion |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle und/oder<br>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.