

---

## Patientenpersonalien

Name

Vorname

Geb. Datum

Strasse

PLZ /Ort

Handy / Tel.

Krankheit

Unfall

IV

Garant:

Dolmetscher organisieren

Sprache:

## Anmeldung für

Beurteilung und multimodalen Therapieverschlagn

interventionelle Schmerzbehandlung / Infiltrationen

Zweitmeinung

---

## Zuweisungsgrund

### Akute Schmerzen < 3 Monate / Notfall-Zuweisung

Akute Diskushernie, radikuläre Schmerzen

Tumorschmerzen

Akutes HWS Distorsionstrauma

Akuter Herpes Zoster

CRPS (Sudeck)

neu aufgetretene neuropathische Schmerzen

Nervensonographie

### Chronische Schmerzen > 3-6 Monate

Schmerzen der Wirbelsäule

Schleudertrauma / HWS Distorsionstrauma

Radikuläre / Pseudoradikuläre Schmerzen

Discushernien Postherpetische (Postzoster-)Neuralgie

Neuralgien, Nervenschmerzen

Zentrale Neuropathische Schmerzen

Deafferenzierungsschmerzen, Phantomschmerzen

Complex Regional Pain Syndrom

Posttraumatische Schmerzen

postoperativ persistierende Schmerzen

Periphere Polyneuropathie

Therapieresistente Angina Pectoris, PAVK

Tumorschmerzen

Ischämieschmerzen

---

## Risiken

Allergien

Schwangerschaft

Gerinnungshemmende Medikamente / Gerinnungsstörungen

Kardiale Rhythmusstörungen, AV-Block > I, QT-Zeit Verlängerung

Infektionen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)

bereits in anderen Schmerzzentren abgeklärt  
bitte Berichte beilegen

---

## Berichte / Röntgenbilder (wenn vorhanden Digital)

folgen per FAX, Post

Berichtskopien bitte an:

werden vom Patienten mitgebracht

---

## Bemerkungen

---

## Datum / Unterschrift