

Patientenanmeldung

Schmerz Zentrum Zofingen AG

Patientenkleber

| |
|-------------------|
| Name: _____ |
| Vorname: _____ |
| Geb.-Datum: _____ |
| Tel. P/G: _____ |
| Strasse: _____ |
| PLZ/Ort: _____ |

Schmerz Zentrum Zofingen AG
Interventionelle Diagnostik und Therapie
Hintere Hauptgasse 9
CH-4800 Zofingen

- Unfall Krankheit

Terminvergabe:

- Patient bitte telefonisch aufbieten Patient meldet sich selber an

Anmeldung für

- Konsil: Beurteilung und Therapievorschlag Interventionelle und medikamentöse Schmerztherapie Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

Weiterführende Diagnostik/Therapie:

- Kann direkt durch das Schmerz Zentrum veranlasst werden Erst nach Rücksprache mit dem Zuweiser

Zuweisungsgrund

Akute Schmerzen (< 3 Monate)/Notfall-Zuweisung

- Tumorschmerzen
 Akute Discushernie
 Akutes HWS-Distorsionstrauma
 Akuter Herpes Zoster

- Trigeminus-Neuralgie
 Cluster-Headache (Bing-Horton)

Notfälle bitte telefonisch unter 062 752 60 60 anmelden – Danke!

Chronische Schmerzen (> 3 Monate)

- Schmerzen der Wirbelsäule
HWS, BWS, LWS/Sacrum,
Discushernie (s.a. Radikuläre Schmerzen), Back bzw. Neck Pain/Lumbovertebrales Schmerzsyndrom,
Failed Back Surgery-Syndrom FBSS, Trauma, Spinalkanalstenose
- Schleudertrauma/HWS-Distorsionstrauma
- Radikuläre Schmerzen
Discushernie, Postherpetische (Postzoster-) Neuralgie PHN (s.a. Neuralgien)
- Gelenkschmerzen
Iliosakralgelenk ISG/Polyarthritis/Cox-/Gonarthrose/Andere
- Kopf- und Gesichtsschmerzen
Cervicogene Kopfschmerzen/Migräne/Cluster-Headache/Spannungskopfschmerz/atypischer
Gesichtsschmerz/Chronische Paroxysmale Hemicranie/Medikamenteninduzierter Kopfschmerz usw.
- Neuralgien
Trigeminus-Neuralgie, Postherpetische (Postzoster-) Neuralgie PHN
- Complex Regional Pain Syndrom CRPS
CRPS Typ I (Morbus Sudeck)/CRPS Typ II (Kausalgie)

- Periphere Polyneuropathie PNP
Metabolisch/Toxisch/Idiopathisch
- Zentrale Neuropathische Schmerzen
Post-Stroke-Schmerz/Deafferenzierungsschmerz/Multiple Sklerose usw.
- Ischämie-Schmerzen
Therapieresistente Angina pectoris, PAVK
- Tumorschmerzen
Diagnose: _____
- Spezielle Indikationen
Raynaud-Phänomen/Interstitielle Cystische Fibrose/Sklerodermie,
Muskeldystrophie/Post-Polio-Syndrom, Schmerzen bei Infektionskrankheiten
- Anderes: _____

**Bei Fragen oder Unklarheiten rufen Sie uns einfach an:
062 752 60 60**

Risiken

- Allergien: _____
- Schwangerschaft
- Gerinnungshemmende Medikation/Gerinnungsstörung
Antikoagulation: Marcoumar/Sintrom, Thrombozytenaggregationshemmer: ASS/Plavix®,
Thrombininhibitor: Exanta®/angeborene Gerinnungsstörung
- Kardiale Rhythmusstörungen
Erregungsausbreitungsstörung (AV-Block > I°), QT-Zeit-Verlängerung
- Infektionen
Hepatitis B, Hepatitis C, HIV

Diagnostik/Berichte bitte beilegen oder dem Patienten mitgeben

Bemerkung: _____

Kopien der Berichte bitte auch an: _____

Stempel/Unterschrift: _____

Formular Nachbestellungen:

- Telefon 062 752 60 60, Telefax 062 752 03 03
· www.schmerzzentrum.ch/patientenanmeldung