

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 anbieten Patient meldet sich selber

Anmeldung für

- Diagnostik Interventionelle und medikamentöse Schmerztherapie

Zuweisungsgrund

Orofaziale- und Kopfschmerzen

- Trigeminusneuralgie
- Atypische Gesichtsschmerzen
- Akuter Herpes Zoster / Post Herpetische Neuralgie
- Cluster Headache (Bing Horton)
- Kopfschmerzen
- Tumorschmerzen

Diagnose: _____

Andere Schmerzlokalisationen

- Andere Schmerzsyndrome
Low-Back-Pain, Neck-Pain, Failed Back Surgery Syndrome FBSS, HWS-Distorsionstrauma, Discushernie, Post Herpetische Neuralgie/Akuter Herpes Zoster, Complex Regional Pain Syndrome CRPS I und II, Periphere Polyneuropathie, Ischämieschmerzen (Instabile Angina Pectoris, Raynaud Syndrom, PAVK), Gelenkschmerzen, Zentrale Schmerzen

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

Risiken

- Keine
- Allergien: _____
- Schwangerschaft
- Gerinnungshemmende Medikation / Gerinnungsstörung
- Infektionen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)

Hausarzt

Diagnostik und Therapie koordinieren mit: _____

Bemerkungen: _____

Datum/Praxisstempel/Unterschrift: _____

Formular Nachbestellungen:

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