

ANMELDUNG

Patient/in

Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ: Ort:

Tel. P: G:

Natel: e-mail:

Art der Behandlung: Krankheit Unfall

Kranken-/Unfallversicherung:

Versicherten-/Unfall-Nr.:

Weitere behandelnde Ärzte:

Diagnose:

Relevante Nebendiagnosen:

Spezielle Medikation:

Allergien:

Befunde / Röntgenbilder / Labor in der Anlage bringt Patient/in mit

Hiermit bitte ich um

Übernahme zur Beurteilung und weiterführenden Diagnostik und Therapie

- inkl. allfällig notwendigem Zuzug weiterer medizinischer Disziplinen
- inkl. allfällig notwendigem physiotherapeutischem Assessment
- inkl. allfällig notwendigem psychologischem / psychotherapeutischem Assessment

Konsilium

second opinion

Infusionstherapie

Gezielte Durchführung folgender Massnahme:

- Intervention**
 - diagnostisch**
 - therapeutisch, nämlich:**

- Psychotherapie**
- Hypnotherapie**
- Physiotherapie**
- med. Massage**
- Akupunktur, TCM**
- vor divergierenden u/o weiteren eskalierenden Massnahmen bitte ich um Rücksprache
- bei divergierenden u/o weiteren eskalierenden Massnahmen bitte ich um Übernahme und Einleitung der erforderlichen Massnahmen

baldmöglichst

Patient/in meldet sich

dringlich

Patient/in bitte aufbieten

Patient/in hat Termin am:

Datum:

Schmerzlinik Zürich
Wallisellenstrasse 301a
CH-8050 Zürich

T +41 (0) 44 377 70 20
F +41 (0) 44 377 70 30
schmerz-zuerich@hin.ch
www.schmerz-zuerich.ch

Stempel / Unterschrift des Zuweisers: