

# 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: