

Anmeldung zur Schmerztherapie in Zeitz - per Fax: 03441 - 201 4409

Patienten-Daten:

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Anschrift _____
Telefon _____

Diagnosen:

Relevante Medikation:

Check: Sind 3 von 5 Kriterien erfüllt?

- Manifeste Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder Lebensqualität?
- Vorhergehende Schmerz-Behandlung (medikamentös, Physiotherapie, ..)?
- Medikamentenfehlgebrauch (Opiat-Fehlgebrauch, NSAR-Übergebrauch, ..)?
- Somatische Begleiterkrankung (Diabetes mell., Niereninsuff., Herzrhythmusstörung, ..)?
- Psychische Begleiterkrankung (Depression, Angst, aber auch Nikotinabusus, ..)?

Mobilität:

Sonstiges:

- keine Einschränkungen _____
- Gehstrecke reduziert _____
- Unterarmgehstützen _____
- Rollator _____
- Rollstuhl _____

Praxisstempel & Unterschrift Arzt / Ärztin

Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Wir werden uns kurzfristig mit dem/der Patienten/-in in Verbindung setzen und das weitere Vorgehen besprechen. Sie erhalten dann ebenfalls Rückmeldung von uns.

Sie haben Fragen?
SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH | Abteilung für Interdisziplinäre Schmerztherapie | Abt. für Physikalische und Rehabilitative Medizin | +49 3441 - 201 4401 | schmerztherapie.kbl@srh.de | Lindenallee 1, 06712 Zeitz