RHEUMA PRAXIS CHAM · ZUG

Anmeldung zur Sprechstunde

☐ Dr. A. T. Braun
Rheumatologie,
interventionelle Schmerztherapie

☐ Dr. T. Lorenz
Rehabilitation, Schmerztherapie

PatientIn

Name: ……

Vorname: ……

Adresse: ……

Geburtsdatum: ……...

Telefon: ……...

Krankenkasse: ……...

Bitte PatientIn direkt aufbieten:

☐ dringend

☐ innert 1 – 2 Wochen

☐ innert 2 – 3 Wochen

Bitte verfügbare Unterlagen mitsenden (z.B. Befunde MRI, frühere Beurteilungen etc.)

☐ Rheumatologische Beurteilung und Behandlungsvorschlag/ - einleitung

☐ Interventionelle Schmerztherapie
ASS/Plavix o.ä. in der Regel 7 Tage präinterventionell bei Wirbelsäulen-Infiltration stoppen.
Orale Antikoagulation bei Intervention an der Wirbelsäule/ peripheren Gelenken absetzen (wird ggf. separat besprochen)
Labor: INR: ……. Tc: ……. CRP: ……. Datum: ……..

☐ Abklärung und ggf. Organisation ambulante/ stationäre Rehabilitation

Indikation/Fragestellung/Bemerkung

……

……

Medikamente

……

Zuweisender Arzt **Datum** **Unterschrift**

……...

RHEUMAPRAXIS CHAM ZUG
Dorfplatz 1 • 6330 Cham • Tel 041 784 02 50 • rheuma-zug@hin.ch • www.rheuma-zug.ch