

# PATIENTENANMELDUNG

## Anmeldung für Schmerzsprechstunde / Schmerztherapie



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: [schmerztherapie@spital-schwyz.ch](mailto:schmerztherapie@spital-schwyz.ch)

### Personalien

<b>Name</b> (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	<b>Vorname</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<b>Geburtsdatum</b>
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft

### Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

<b>Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer</b> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
--	---

### Informationen zum Eintritt / Gewünschte Sprechstunde

<input type="checkbox"/> Abklärung Therapie	<input type="checkbox"/> Betreuung Schmerzpatient/in
<input type="checkbox"/> Abklärung Rückenmarkstimulator	<input type="checkbox"/> Abklärung Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Abklärung durch Wirbelsäulenschmerzkonferenz	<input type="checkbox"/> Abklärung intrathekale Pumpe bei Schmerzen / Spastiken
<input type="checkbox"/> Periphere Neuropathien, CRPS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Facettengelenksinfiltration (cervikal, thorakal, lumbal)	
<input type="checkbox"/> Epidurale Steroidinfiltration / transforaminale / periradikuläre Infiltration	
<input type="checkbox"/> Abklärung Alternative Schmerztherapie (Akupunktur / Hypnose)	
<input type="checkbox"/> Abklärung aktivierende Therapie (Physio / Ergo / Medizinische Massage)	
<input type="checkbox"/> notfallmässig <input type="checkbox"/> baldmöglichst <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Termin festgelegt auf Datum/Zeit:	
<input type="checkbox"/> Röntgenbilder werden mitgegeben <input type="checkbox"/> Berichte mitgesandt	

Hausarzt / Hausärztin
-----------------------

### Einweisungsgrund

--

### Anamnese / Befund

--

### Bisherige Therapien, Medikamente, Dosierungen

--

### Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel
-----------	--------------------------