

Anmeldung Schmerzsprechstunde

Terminwunsch / Dringlichkeit: _____

Patientendaten:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/ Ort: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt

Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
 Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Klinische Informationen:

Die Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten, die Sie uns zuweisen, sind meist komplex und haben oft eine lange Vorgeschichte. Bitte senden Sie uns eine aktuelle Medikamenten- und Diagnoseliste sowie relevante Befunde.