



Anmeldung: Interventionelle Schmerztherapie und -diagnostik / Fax 044 466 27 41

Patient:

Name/Vorname:
 Geb.-Dat.:
 Adresse:
 Telefon:

Für interne Anweisungen: *Typus Infiltration:*
Blutentnahme mit *ohne*
Termin: *Infusion mit* *ohne*

Diagnose(n):

Symptomatik:

Gewünschte Intervention: Nach vorgängiger klinischer Beurteilung erfolgt eine geeignete Intervention unter Bildverstärker oder sonografisch kontrolliert. Bitte Bilddokumente mitgeben.

- Epidural sakrale Infiltration
- Epidural interlaminäre Infiltration: Höhe
- Nervenwurzelblockade (periradikulär/transforaminal): Wurzel..... links / rechts
- Facettengelenksinfiltration: Höhe(n)..... links / rechts
- Iliosakralgelenksinfiltration: links / rechts
- Weitere Gelenke (Hüfte, Knie, Schulter etc.): Gelenk: links / rechts
- Weitere Infiltrationen am Bewegungsapparat: links / rechts

Vorabklärungen: (durch Hausarzt/ärzin oder nach Rücksprache mit Ambulatorium Rheumatologie)

- Gerinnung: INR(≤ 1.5) Quick% (≥50%) Tc(≥10⁵/ul)
 Absetzen vor Intervention: Aspirin ≥ 100mg/d: 5 Tage Plavix: 10 Tage
 Marcoumar Sintrom
 Niedermolekulares Heparin 12 H
- Allergien (Kontrastmittel, Lokalästhetika, Glukokortikoide):
- Aufklärungsblatt abgegeben: ja nein

Datum

Praxisstempel / Unterschrift

Ansprechperson:

Dr. med. Marcel Weber, LA
 Tel. 044 466 14 12 (Direktwahl)
marcel.weber@triemli.stzh.ch