

Dieses Formular kann auch elektronisch versendet werden!

SENDENLeitung Abteilung:
PD Dr. med. Christof Iking-Konert

Anmeldeformular

Interventionelle Schmerztherapie und -diagnostik

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ und Ort	
Mobile (Tel.)	

Diagnose, Anamnese, Klinik

Medikamente

Antikoagulation/Gerinnungsstörung

- Ja → Vorabklärungen: durch Hausarzt/ärztin oder am AmbiRheuma
Quick (Quick >50 %) INR (INR <1,5) Thr (>100'000)
- Nein

Allergien (Kontrastmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide):

Gewünschte Untersuchung

Höhe

Seite

Datum:

Zuweisender Arzt: