

Kompetenzzentrum für Rheumatologie und Schmerzmedizin Stationäre Anmeldung

E-Mail an: skb@hin.ch

PERSONALIEN PATIENT/IN

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____ Mobile: _____

Tel. Geschäft: _____ Geburtsdatum: _____

Krankheit Krankenkasse: _____

Unfall Versicherung: _____

ZUWEISUNGSGRUND

DRINGLICHKEIT

Notfallmässig (nur nach telefonischer Rücksprache) dringlich (10 Werktage) regulär

GEWÜNSCHTE HOSPITALISATION

stationäre multimodale Schmerzkomplextherapie, Grund: _____

Vorliegen von mindestens drei der folgenden Punkte:

 Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit

 Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung

 Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch

 Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung

 Gravierende somatische Begleiterkrankung

stationäre multimodale Rheumakomplextherapie

Kurzhospitalisation zur Diagnostik/Infiltration welche: _____

DIAGNOSEN

BITTE BEILEGEN

Sprechstundenberichte/Diagnosenliste/Medikamentenliste/Befunde Bildgebung und Labor

Praxis-Stempel:

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

SWISS MEDICAL NETWORK MEMBER