



Anmeldeformular Schmerzambulanz SRFT

(elektronische Anmeldung)

Telefon: 071 987 3377 **Mail:** schmerzambulanz@srft.ch

Patient/in:	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Strasse, Nr:	PLZ, Ort:
Telefon / Natel:	Telefon G:
Garant:	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall Unfalldatum:

Gewünschte Sprechstunde: <input type="checkbox"/> Allgemeine Schmerzsprechstunde gewünschter Standort <input type="checkbox"/> Wattwil <input type="checkbox"/> Wil	
Dringlichkeit: <input type="checkbox"/> Dringend – telefonische Rücksprache erbeten <input type="checkbox"/> Innert 2 Wochen <input type="checkbox"/> Innert 4 Wochen	Diverses: <input type="checkbox"/> Termin vereinbart auf: <input type="checkbox"/> Aufgebot durch Spital <input type="checkbox"/> Dolmetscher notwendig

Indikation / Fragestellung:

Anamnese / Befunde:

Weitere Diagnosen:

Medikamente:

OAK: Aspirin® NOAK® Thrombozytenaggregationshemmer

Präparat:

Dosierung:

Allergien:

Frühere Hospitalisationen:

Bemerkungen:

Datum:

Zuweisender Arzt:

Hausarzt:

Wir bitten Sie um die Zustellung von relevanten Befunden und Berichten für die Schmerzambulanz.