

**ANMELDUNG SCHMERZBOARD /  
SPRECHSTUNDE / STATIONÄRE SCHMERZVISITE**

ZENTRUM FÜR NEUROCHIRURGIE HIRSLANDEN OSTSCHWEIZ  
SCHMERZTHERAPIE STEPHANSHORN  
GESUNDHEITZENTRUM  
BRAUERSTRASSE 95A  
CH-9016 ST. GALLEN

SEKRETARIAT T +41 71 221 00 40  
SEKRETARIAT F +41 71 221 00 49

SCHMERZTHERAPIE.STEPHANSHORN@HIRSLANDEN.CH  
WWW.SCHMERZTHERAPIE-STEPHANSHORN.CH

---

Datum der Anmeldung \_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung \_\_\_\_\_

---

Name: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

---

Schmerzdiagnose

Kurze Beschreibung zum Anmeldegrund

---

Betreuender Arzt: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit des betreuenden Arztes: \_\_\_\_\_