



ZUWEISUNG WIRBELSÄULENSPRECHSTUNDE WSC

Datum: _____

ZUWEISENDE ÄRZTIN / ZUWEISENDER ARZT

Vorname, Nachname: _____ Praxis: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

PATIENTIN/PATIENT

Vorname, Nachname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

ZUWEISUNG FÜR

- Erstbeurteilung
- Verlaufskontrolle
- Zweitmeinung vor/nach OP
- OP-Evaluation
- Evaluation Schmerztherapie
- Anderes oder Diagnose bereits bekannt:

ZUWEISUNG FÜR PARTNERÄRZTIN/PARTNERARZT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie | <input type="checkbox"/> Schmerzmedizin |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Cyrill Dennler | <input type="checkbox"/> Dr. med. Monika Jacquenod |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Jürgen Klasen | <input type="checkbox"/> Dr. med. Armin Aeschbach |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Markus Rühli | |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Jilali Rhiati | |

Grund der Zuweisung

- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Radikuläre Schmerzen
- Wundprobleme nach Operation
- Sensomotorische Ausfälle, sehr starke Schmerzen
- Cauda-Equina-Symptomatik, Ataxie

Bitte Termin innerhalb

- Notfall oder innert 24 h:
Anmeldung unter T +41 44 387 37 40
- Noch diese Woche
- Innert 7-14 Tagen
- Innert 2-4 Wochen

BILDGEBUNG

Vorhanden, und hier abrufbar: _____

BEMERKUNGEN