

ANMELDUNG SCHMERZBOARD/SPRECHSTUNDE

ZENTRUM FÜR NEUROCHIRURGIE HIRSLANDEN OSTSCHWEIZ
SCHMERZTHERAPIE
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: _____