

## Formular für Zuweisungen ans Schmerzzentrum

### Zuweisender Arzt

Name \_\_\_\_\_ Spezialisierung \_\_\_\_\_  
Tel-Nummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel-Nummer \_\_\_\_\_  
Patient spricht  Deutsch  Französisch \_\_\_\_\_

### Diagnosen

Siehe beiliegende Berichte \_\_\_\_\_  Inselintern siehe i-pdos \_\_\_\_\_

**Hauptschmerzproblem:** \_\_\_\_\_

**Dauer der Schmerzen:**  akut (>3Monate)  chronisch seit ca.: \_\_\_\_\_

### Bisher involvierte Fachärzte

- Inselehospital (siehe pacs / ipdos)
- Extern (bitte Fachrichtung angeben und Berichte beilegen):
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_

### Fragestellung:

### **Gewünschte Beteiligung von Spezialisten des Schmerzzentrums**

- gemäss Triagierung des Schmerzzentrums
- Schmerztherapie / Anästhesiologie
- Psychosomatik
- Rheumatologie
- Neurologie
- Orthopädie
- Neurochirurgie
- Handchirurgie
- Palliative Care
- Physiotherapie
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### **Zuweisung für spezifische Interventionen**

- Gewünschte Intervention: \_\_\_\_\_
- Patient wurde über Intervention informiert und ist einverstanden

### **Weitere Abklärungen / Termine**

- nur nach Rücksprache (Beste Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_)
- nach Bedarf

### **Bemerkungen:**