

<i>Patient</i>	Name Vorname Geb.datum Adresse Tel: Natel Versicherung/ Vers.-Nr.										
<i>Zuweiser</i>	Zuweiser: (Stempel) <div style="float: right; text-align: center; padding-top: 20px;"> <i>An die Praxis für Schmerzmedizin Grünefeld Parkweg 35 4051 Basel</i> </div>										
<i>Zeitraumen</i>	<input type="checkbox"/> Notfall am selben Tag (nach telefonischer Absprache)	<input type="checkbox"/> dringlich ; innerhalb von 3 Arbeitstagen (nach telefonischer Absprache)	<input type="checkbox"/> elektiv <input type="checkbox"/> Pat aufbieten <input type="checkbox"/> Pat meldet sich								
<i>4 Klinische Angaben</i>	Diagnosen:	Labor: (wenn vorhanden) Hb: Leu..... Thromb:..... Quick.....CRP..... Pathologische Laborwerte:	Medikation:								
<i>Risiko</i>	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmung mit <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen <small>(Aspirin 100mg auch keine Pause bei epiduraler Intervention)</small> <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> HIV , <input type="checkbox"/> Allergien: <input type="checkbox"/> cardiopulmonale Erkrankungen <input type="checkbox"/> sonstiges										
<i>Behandlungsauftrag</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td> einmalige definierte Intervention <small>Rückfrage vor Verfahrensänderung</small> <input type="checkbox"/> Untersuchung und Eingriff am gleichen Tag erwünscht <input type="checkbox"/> weitere Intervention bei Beschwerdepersistenz erwünscht </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td> interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie <small>differenzierte interventionelle Massnahmen.</small> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td> Konsil <small>Beurteilung, weiterführende Diagnostik , kein Beginn einer Therapie ohne Rücksprache</small> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td> schmerzmedizinische Behandlung <small>vollständige diagnostische und medizinische Behandlung, Verlaufsberichte jeder Konsultation</small> </td> </tr> </table> <p><i>Bericht und Protokolle über jeden Patientenkontakt , per Fax oder Bericht per Post</i></p>			<input type="checkbox"/>	einmalige definierte Intervention <small>Rückfrage vor Verfahrensänderung</small> <input type="checkbox"/> Untersuchung und Eingriff am gleichen Tag erwünscht <input type="checkbox"/> weitere Intervention bei Beschwerdepersistenz erwünscht	<input type="checkbox"/>	interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie <small>differenzierte interventionelle Massnahmen.</small>	<input type="checkbox"/>	Konsil <small>Beurteilung, weiterführende Diagnostik , kein Beginn einer Therapie ohne Rücksprache</small>	<input type="checkbox"/>	schmerzmedizinische Behandlung <small>vollständige diagnostische und medizinische Behandlung, Verlaufsberichte jeder Konsultation</small>
<input type="checkbox"/>	einmalige definierte Intervention <small>Rückfrage vor Verfahrensänderung</small> <input type="checkbox"/> Untersuchung und Eingriff am gleichen Tag erwünscht <input type="checkbox"/> weitere Intervention bei Beschwerdepersistenz erwünscht										
<input type="checkbox"/>	interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie <small>differenzierte interventionelle Massnahmen.</small>										
<input type="checkbox"/>	Konsil <small>Beurteilung, weiterführende Diagnostik , kein Beginn einer Therapie ohne Rücksprache</small>										
<input type="checkbox"/>	schmerzmedizinische Behandlung <small>vollständige diagnostische und medizinische Behandlung, Verlaufsberichte jeder Konsultation</small>										
<i>Anmerkungen</i>	<div style="text-align: right; padding-right: 20px;"> Datum Unterschrift..... </div>										