

Interventionelle Schmerztherapie unter Bildverstärkung

Name.....
Vorname.....
Geb.-Datum.....
Strasse/Nr.....
PLZ/Ort.....
Tel: P.....
Tel: G.....

Gewünschte Infiltration

<input type="checkbox"/> Gelenk
<input type="checkbox"/> Facettengelenk
<input type="checkbox"/> Innervation Facettengelenk (R. mediales)
<input type="checkbox"/> Epidurale Infiltration lumbal
<input type="checkbox"/> Nervenwurzel lumbal (transforaminal)

<input type="checkbox"/> Grenzstranginfiltration lumbal
<input type="checkbox"/> Stellatumblockade
<input type="checkbox"/> Epidurale Infiltration thorakal
<input type="checkbox"/> Nervenwurzel cervikal (transforaminal)
<input type="checkbox"/> Andere

Zusätzliche klinische Beurteilung erwünscht

Diagnose

Wichtige Nebendiagnosen
 werden zugestellt

Wichtige Medikamente
 Aspirin cardio Indikation:
 Plavix Indikation:
 Orale Antikoagulation
 NSAR

Bildgebung beiliegend wird mitgebracht
 im PACS STGAG keine vorhanden

Name / Unterschrift

Stempel

Datum