

Patientenkleber

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

Schmerz Zentrum Zofingen AG  
Interventionelle Diagnostik und Therapie  
Hintere Hauptgasse 9  
CH-4800 Zofingen

- Unfall                       Krankheit

**Terminvergabe:**

- Patient anbieten       Patient meldet sich selber

**Anmeldung für**

- Diagnostik  Interventionelle und medikamentöse Schmerztherapie

---

**Zuweisungsgrund**

**Orofaziale- und Kopfschmerzen**

- Trigeminusneuralgie  
 Atypische Gesichtsschmerzen  
 Akuter Herpes Zoster / Post Herpetische Neuralgie  
 Cluster Headache (Bing Horton)  
 Kopfschmerzen  
 Tumorschmerzen

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Andere Schmerzlokalisationen**

- Andere Schmerzsyndrome  
Low-Back-Pain, Neck-Pain, Failed Back Surgery Syndrome FBSS, HWS-Distorsionstrauma, Discushernie, Post Herpetische Neuralgie/Akuter Herpes Zoster, Complex Regional Pain Syndrome CRPS I und II, Periphere Polyneuropathie, Ischämieschmerzen (Instabile Angina Pectoris, Raynaud Syndrom, PAVK), Gelenkschmerzen, Zentrale Schmerzen

**Bei Fragen oder Unklarheiten rufen Sie uns einfach an:  
062 752 60 60**

---

**Risiken**

- Keine  
 Allergien: \_\_\_\_\_  
 Schwangerschaft  
 Gerinnungshemmende Medikation / Gerinnungsstörung  
 Infektionen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)

---

**Hausarzt**

Diagnostik und Therapie koordinieren mit: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Datum/Praxisstempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

**Formular Nachbestellungen:**

- Telefon 062 752 60 60, Telefax 062 752 03 03  
· [www.schmerzzentrum.ch/patientenanmeldung](http://www.schmerzzentrum.ch/patientenanmeldung)