

Bethesda Spital AG
Gellertstrasse 144
4052 Basel

Klinik Rheumatologie & Schmerzmedizin
Tel. +41 61 315 23 20
ambulant.rheuma-schmerz@bethesda-spital.ch

Chefarzt
Prof. Dr. med. Stephan Gadola

Personalien Patient/in

Name: Vorname:

Strasse / Nr.: PLZ / Ort:

Tel. Privat/Mobile: Tel. Geschäft:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich

Krankenkasse/Versicherung: Mitgliedsnr.:

..... Patienten/in aufbieten Patient/in meldet sich selbst an Termin:

..... dringlich (6-24h) bald möglichst (10 Tage) innert Monatsfrist

..... Private Abteilung Halbprivate Abteilung Allgemeine Abteilung

..... Krankheit Unfall IV

Gewünschte Untersuchung/Massnahme:

..... Rheumatologische Beurteilung/Behandlung Manuelle Medizin

..... Schmerzdiagnostik und -Therapie DEXA / Osteoporose

..... Muskuloskelettaler Ultraschall

..... Muskuloskelettale Rehabilitation

Diagnose(n):

Fragestellung:

Muskuloskelettaler Ultraschall:

..... Schulter Re Li Ellbogen Re Li

..... Hand Re Li Hüfte Re Li

..... Knie Re Li Fuss Re Li

..... Achillessehne Re Li Infiltration Ja Nein Gem. klinischem Bild

..... Weichteile:

Fragestellung:

Schmerzmedizinische Beurteilung:

..... schmerzmedizinische Behandlung Konsil

Infiltrationen / Punktionen:

..... Epidural interlaminäre / transforaminale / sakrale Infiltration / Wurzel Höhe: Re Li

..... Facettengelenksinfiltration / Iliosakralgelenk / Median Branch Block Höhe: Re Li

..... Gelenke (Hüfte, Knie, Schulter, Hand, Fuss, etc.): Gelenk: Re Li

..... Weitere Infiltrationen am Bewegungsapparat: Re Li

Vorabklärungen: durch Zuweiser, Arzt/Aerztin durch Bethesda Aerzte, Rheumatologie

Gerinnung: INR (≤ 1.5) Quick % (≥50%) Tc (≥105/ul)

Absetzen vor Intervention: Aspirin ≥ 100mg/d: 3 Tage Efigent, Plavix: 8 Tage Xarelto/Pradaxa: 48 H

..... Marcoumar / Sintrom (ganz) Niedermolekulares Heparin (therapeutisch) 12-(24) H

Allergien (Kontrastmittel, Lokalästhetika, Glucocorticoide):

..... Aufklärungsblatt abgegeben Patient/in bringt Röntgenbilder mit

Absender-Informationen:

Praxis-Adresse:

Ort/Datum: Name/Vorname:

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen