

Verordnung einer Intervention in der Schmerzlinik Basel

Patientennamen: Patientenvornamen:

Geburtsdatum:

Infusionen

Ferinjekt

Aclasta

Venofer

Orenzia

Als behandelnde/r Arzt/Ärztin bitte ich Sie bei diesem/r Patient/in folgende Intervention durchzuführen:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> CT gesteuert | <input type="checkbox"/> BV gesteuert | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Acromioclavicular Gelenk | <input type="checkbox"/> Nadelelektroden | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Adhäsiolyse via Kath. | <input type="checkbox"/> Needling | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arthro-Injektionen | <input type="checkbox"/> Neuralthherapie im IMC | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colo | <input type="checkbox"/> Nukleoplastie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cospankatheter | <input type="checkbox"/> Occipitalisblockade | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Costotransversal Gelenk | <input type="checkbox"/> PDA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Discografie | <input type="checkbox"/> PDK | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epidurografie | <input type="checkbox"/> Perifere Nervenblockaden | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Facetto cervical | <input type="checkbox"/> Piriformis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Facetto thorakal | <input type="checkbox"/> Plexuskatheter | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Facetto lumbal | <input type="checkbox"/> REC (Radio-epidural.catheter) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Femoralisblockade | <input type="checkbox"/> Sacralblock | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Sonographiegesteuerte Gelenkpunktionen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> GRF (Gepulste Radiofrequenz) | <input type="checkbox"/> Ggl. sphenopalatinum & gasseri | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ISG | <input type="checkbox"/> Spinalnästhesie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Versch. Infiltrationen | <input type="checkbox"/> Stellatumblockade | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Intercostalblockade | <input type="checkbox"/> Stimulator Implantation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> IV-Block | <input type="checkbox"/> Sympathikolyse via Kath. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Medial Branche | <input type="checkbox"/> Thermoläsion | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mobilisation in Narkose | <input type="checkbox"/> Wurzelblockade cervical | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Myelografie | <input type="checkbox"/> Wurzelblockade thorakal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> N. suprascapularis | <input type="checkbox"/> Wurzelblockade lumbal | <input type="checkbox"/> |

Klinische Angaben oder Diagnose

Unfalldatum

Besondere Fragestellung

Bitte Patient/in so rasch als möglich aufbieten.

Datum **Stempel/Unterschrift des/r verordnenden**
Arztes/Ärztin

Verordnung bitte an folgende Fax-Nr. senden:

+41 (0)61 272 75 29