

Anmeldung zur Schmerztherapie

DOCWIEDEN

Schmerzzentrum Celle

Fax: 05141 – 483176

Mail: info@schmerzpraxis-celle.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

bitte verwenden Sie für die Anmeldung Ihrer Patienten diesen Anmeldebogen und senden uns diesen per Fax oder Email zu. Unsere Rückmeldung an den Patienten erfolgt dann innerhalb einer Woche! Bitte fügen Sie, soweit möglich, auch aussagekräftige Befunde der letzten 2 Jahre bei.

Viele kollegiale Grüße

T. Wieden

Ihre Kontaktdaten (Stempel)	Kontaktdaten des Patienten (Name, Telefonnummer und / oder Emailadresse)
-----------------------------	--

Versicherung: GKV Privat BG Sonstige:

Schmerztherapeutisch relevante Diagnosen: **Diagnose seit:**
(falls bekannt)

- Notfall- oder Krisenbehandlung
z.B. **akuter** M. Sudeck, **akuter** BSV, Gürtelrose mit **akuter** PZN, Trigemineuralgie,
terminale Krebserkrankung mit Schmerzen
- Aktuelle Beschwerden bis zu 6 Monaten
- Aktuelle Beschwerden länger als 6 Monate

Ihre weiteren Bemerkungen oder behandlungsrelevanten Hinweise:

--

Intern:	Patient erreicht am:
Unterlagen / Befunde liegen vor:	Termin vereinbart für: