

Anmeldung für ambulante Schmerztherapie

Patientendaten

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich
Strasse / Nr.			
PLZ / Wohnort			
Telefon / Mobile			
Name Versicherung		Policen-Nr.	
Zusatzversicherung		Policen-Nr.	
Rechnungsträger	☐ Unfall ☐ Krankenkasse ☐ Selbstzahler		

Dringlichkeit

☐ Notfall
 ☐ innert 2 Wochen
 ☐ innert 1 Monat
 ☐ elektiv

Diagnosen*

Medikation*

Fragestellung

Hausarzt		Einweisender Arzt	
Strasse / Nr.		Strasse / Nr.	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon		Telefon	

Datum

Absender / Unterschrift

Ihr schnellster Weg zur Anmeldung ist die digitale Zustellung an schmerzmedizin@gzo.ch

* Falls gewünscht, gerne auch als Anlage