

Zuweisung

Unfall Krankheit

Patientenangaben

Geburtsdatum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Adresse: _____

- Rheumatologische Beurteilung/ Konsilium
 Übernahme der rheumatologischen Therapie

Ultraschalluntersuchung

Anamnese/Diagnosen:

Infiltration:

Ultraschall - SGUM - SSIPM

- Schulter Ellenbogen Hand Hüfte Knie Fuss anderes: _____
 Biopsie
 Ultraschall-gesteuerte Intervention ja nein gemäss klinischem Bild

Bildgesteuerte Infiltration (Ultraschall oder Bildverstärker):

- Epidurale Infiltration
 Facettengelenksinfiltration
 Sakroiliakalgelenk (SIG) Infiltration
 Kalkneedling, PRP-Injektion, Viskosupplementation

Lokalisation:

Bemerkungen/Allergien/Info zu Antikoagulation:

Zustellung von Operationsberichten und von relevanten Arztberichten sind zur Sicherung der Qualität der angeforderten Untersuchung oder Intervention hilfreich. Herzlichen Dank im Voraus.

Patienten/-in aufbieten bald (7 Tage) Termin bereits vereinbart: _____

Ort/Datum: _____

Zuweiser: _____