

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
Geb.-Datum	
Telefon-Nr.	
Versicherung	

Rheuma- und Schmerzzentrum
Frauenfeld AG
Maurerstrasse 6
CH-8500 Frauenfeld

T 052 721 22 44
✉ rszf@hin.ch

Ärzte

Dr. med. Martin Oehri
Dr. med. Matthias Saur
Dr. med. Mariusz Wasila
Dr. med. Marius Meiser

www.rszf.ch

Diagnose	
-----------------	--

Gewünschte Infiltration:

ohne Konsultation mit Konsultation

Infiltration unter Ultraschall

Lokalisation:

Infiltration unter Durchleuchtung

<input type="checkbox"/> Sakroiliakgelenk: <input type="checkbox"/> Facettengelenk LWS / HWS: <input type="checkbox"/> Epidurale Infiltration (interlaminär): <input type="checkbox"/> Sakralblock: <input type="checkbox"/> Nervenwurzel (transforaminal) LWS / HWS: <input type="checkbox"/> Radiofrequenz / Thermoablation:

Eigenbluttherapie (Selbstzahlerleistung)

Lokalisation:

Labor erfolgt? (Blutbild, CRP, INR, Krea, HbA1c)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein
---	--	-------------------------------

Allergien: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Kontrastmittel <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Glucocorticoide <input type="checkbox"/> Latex

<p>Absetzen der Blutverdünnung vor Infiltrationen: → bei Infiltrationen der HWS, epiduralen Infiltrationen oder Nervenwurzeln muss die Blutverdünnung abgesetzt werden</p> <input type="checkbox"/> Xarelto 10mg: 24h <input type="checkbox"/> Xarelto 20mg / Eliquis / Lixiana / Pradaxa: 48h <input type="checkbox"/> Aspirin > 100mg: 3 Tage <input type="checkbox"/> Brilique: 5 Tage <input type="checkbox"/> Clopidogrel / Efient: 7 Tage <input type="checkbox"/> Marcoumar: nach Absprache

Bemerkungen	
--------------------	--

Datum / Zuweiser	
-------------------------	--