



# ZUWEISUNG WIRBELSÄULENSPRECHSTUNDE

Datum: \_\_\_\_\_

## ZUWEISENDE ÄRZTIN / ZUWEISENDER ARZT

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## PATIENTIN/PATIENT

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## ZUWEISUNG FÜR

- Erstbeurteilung
- Verlaufskontrolle
- Zweitmeinung vor/nach OP
- OP-Evaluation
- Evaluation Schmerztherapie
- Anderes: \_\_\_\_\_

## ZUWEISUNG FÜR PARTNERARZT

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Wirbelsäulenchirurgie</b> | <input type="checkbox"/> <b>Schmerzmedizin</b>    |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Cyrill Dennler      | <input type="checkbox"/> Dr. med. Monika Jaquenod |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Jürgen Klasen       | <input type="checkbox"/> Dr. med. Armin Aeschbach |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Markus Rühli        |   |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. Jilali Rhiati       |   |

## Grund der Zuweisung

- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Radikuläre Schmerzen
- Wundprobleme nach Operation
- Sensomotorische Ausfälle, sehr starke Schmerzen
- Cauda Equina Symptomatik, Ataxie
- Anderes oder genaue Diagnose: \_\_\_\_\_

## Bitte Termin innerhalb

- Notfall oder innert 24h:  
Anmeldung unter T +41 443873740
- Noch diese Woche
- Innert 7-14 Tagen
- Innert 2-4 Wochen

## BILDGEBUNG

Vorhanden, wo abrufbar? \_\_\_\_\_

## BEMERKUNGEN

Dieses Formular ist als PDF-Datei auf unserer Homepage ([www.wsc.ch](http://www.wsc.ch)) erhältlich.

Bitte Formular per E-Mail an [wsc@hirslanden.ch](mailto:wsc@hirslanden.ch) oder  
per Fax an: F +41 44 387 37 45 senden.