



# ZUWEISUNG

Unfall

Krankheit

## Patientenangaben

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

VEKA-Nummer: 80756

**Rheumatologische Beurteilung/ Konsilium**

**Interventionelle Rheumatologie / Schmerzmedizin**

**Übernahme der rheumatologischen Therapie**

**Ultraschalluntersuchung**

**Fragestellung:**

**Anamnese/Diagnosen:**

## HOCHAUFLÖSENDER MUSKULOSKELETTALER ULTRASCHALL - SGUM - SSIPM

Schulter

Ellenbogen

Hand

Hüfte

Knie

Fuss

Biopsie

anderes:

Ultraschall-gesteuerte Intervention

ja

nein

gemäss klinischem Bild

## BILD-GESTEUERTE INTERVENTIONEN (ULTRASCHALL ODER RÖNTGEN-BILDVERSTÄRKER):

Epidurale Infiltration

Facettengelenksinfiltration

Sakroiliakalgelenk (SIG)

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:

Datum:

Zuweiser: