


<p><b><u>Patient</u></b></p> <p>_____</p> <p>Titel, Vorname, Nachname</p> <p>_____</p> <p>Vers. Nr.                      Geb. Dat.</p>	<p><b><u>Versicherter</u></b> (wenn Patient ein Angehöriger ist)</p> <p>_____</p> <p>Titel, Vorname, Nachname</p> <p>_____</p> <p>Vers. Nr.                      Geb. Dat.</p>
<p><b><u>Anschrift</u></b></p> <p>_____</p> <p>Straße, HNr.</p> <p>_____</p> <p>PLZ                      Ort</p>	<p><b><u>Zusatzversicherung</u></b> (falls vorhanden)</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-Anstalt</p> <p>_____</p> <p>Polizzen-Nr.</p>

**Wir bitten Sie um fachliche Vorabklärung:**

<p><b><u>Diagnose:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Kopfschmerz - Migräne</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Obere Nervenkompressionssyndrome:</u>          NERVUS MEDIANUS (Mittelarmnerv)  <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom (Hand)  <input type="checkbox"/> Nervus Interosseus Anterior Syndrom (Unterarm)  <input type="checkbox"/> Pronator Teres Syndrom (Unterarm)</p> <p>NERVUS ULNARIS (Ellennerv)  <input type="checkbox"/> Sulcus Nervi Ulnaris Ellenbogen  <input type="checkbox"/> Loge-de-Guyon-Syndrom (Handgelenk)</p> <p>NERVUS RADIALIS (Speichennerv)  <input type="checkbox"/> Cheiralgia paraesthetica / Wartenbergsyndrom (Hand)  <input type="checkbox"/> Supinator Syndrom (Ellenbogen)</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Untere Nervenkompressionssyndrome</u>  <input type="checkbox"/> Hinteres Tarsaltunnelsyndrom (Innenknöchel)  <input type="checkbox"/> Meralgia Paraesthetica (Oberschenkel)  <input type="checkbox"/> Morton Metatarsalgie (Vorfuß)  <input type="checkbox"/> Piriformis Syndrom (Gesäß)  <input type="checkbox"/> Kniekehle und Unterschenkel  <input type="checkbox"/> Nervus Peroneus Communis (Wade)  <input type="checkbox"/> Nervus Peroneus Superficialis  <input type="checkbox"/> Vorderes Tarsaltunnelsyndrom (Fußrücken)  <input type="checkbox"/> Ramus infrapatellaris (Unterer Oberschenkel)</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Gelenkschmerz</u>  <input type="checkbox"/> Finger  <input type="checkbox"/> Handgelenk  <input type="checkbox"/> Schulter  <input type="checkbox"/> Ellbogen  <input type="checkbox"/> Sprunggelenk  <input type="checkbox"/> Kniegelenk  <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropathie</p> <p><input type="checkbox"/> Nervenverletzungen</p> <p><input type="checkbox"/> Leistenschmerz</p> <p><input type="checkbox"/> Nervenunfälle und -rekonstruktionen</p> <p><input type="checkbox"/> Fersenschmerz</p> <p><input type="checkbox"/> Phantomschmerz</p> <p><input type="checkbox"/> Komplexes Regionales Schmerzsyndrom</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen unklarer Art: _____          _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen nach Voroperation: _____          _____</p>
---	--

**Überweisung an:**

**Chirurgisches Nervenschmerz-Zentrum Schwarzl Klinik**  
Hauptstraße 140, 8301 Laßnitzhöhe  
**Tel.: 03133 / 6100 | Fax: 03133 / 6100-6 | Mail: office@schwarzlklunik.at**



SCHWARZL KLINIK®  
 CHIRURG. NERVENSCHMERZ ZENTRUM

<p>_____</p> <p>Datum</p>	<p>_____</p> <p>Stempel / Unterschrift</p>
---------------------------	--