



Dr.med. Günther Bittel . Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie / Spezielle Schmerztherapie / Akupunktur -
Ulrike Tillmann . Fachärztin für Allgemeinmedizin - Veit Anker . Facharzt für Anästhesiologie / Spezielle Schmerztherapie
Annette Löbler . Fachärztin für Innere Medizin - Jutta Runge. Fachärztin für Anästhesiologie

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen sie den Schmerzfragebogen gut leserlich mit **Kugelschreiber** vollständig aus.
Den ausgefüllten Schmerzfragebogen und die ausgefüllte und unterschriebene
Einverständniserklärung schicken Sie bitte an uns zurück.

Nach Auswertung des Fragebogens vereinbaren wir telefonisch mit Ihnen einen Termin für die Erstuntersuchung, für den Sie mindestens eine Stunde einplanen sollten. Falls es Ihnen nicht möglich sein sollte den Termin einzuhalten, bitten wir Sie, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen; ansonsten werden wir Ihnen eine Ausfallgebühr (privat analog GOÄ von 60,- Euro) in Rechnung stellen.

Achten sie bitte darauf, dass Ihre Telefonnummer auf dem Fragebogen vermerkt ist. Sollten Sie telefonisch nicht zu erreichen sein, so rufen Sie uns bitte etwa zwei Wochen nach Absenden des Schmerzfragebogens an.

Ganz wichtig:

Bitte fügen Sie Befundberichte Ihres Hausarztes / Facharztes dem Schmerzfragebogen hinzu, Röntgenbilder bringen sie bitte zur Erstuntersuchung mit! Wenn vorhanden, bitte auch aktuelle Labor- und EKG-Befunde Ihres Hausarztes, weil diese von Bedeutung sind bei der Medikamentenverordnung!

Den oben genannten Inhalt habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden (bitte Namen und Vornamen gut lesbar in Druckbuchstaben)

Name:

Ort und Datum

Unterschrift:

Außerdem gilt seit dem 1.04.2005, dass nicht nur der überweisende Arzt, sondern auch Ihr Hausarzt mit einem Brief informiert werden sollte. Dazu ist es auch erforderlich, dass Sie uns eine entsprechende Genehmigung erteilen.

Mit der Berichterstattung an meinen Hausarzt

bin ich einverstanden () Name und Anschrift des Hausarztes:

bin ich nicht einverstanden ()

Adressen weiterer Ärzte, die eine Briefkopie erhalten sollen, auf der Rückseite angeben!

Name:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Ihr Praxisteam vom MVZ Duisburg-West / Schmerzzentrum Duisburg