

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

Tel.-P: Tel.-G:

Gewünschte Infiltration

- Gelenk peripher
- Sakroiliakalgelenk
- Facettengelenk
- Epidurale Infiltration lumbal
- Nervenwurzel lumbal (transforminal)
- Innervation Facettengelenk (MB medial branch)

- Nervenwurzel cervical/thoracal (transforaminal)
- Epidurale Infiltration cervical/thoracal
- Grenzstranginfiltration lumbal
- Stellatumblockade
- Unklare Situation
- Radiofrequenztherapie
- andere

[zum Formular Einwilligung \(PDF\)](#)

Information durch Interventionsarzt

Zusätzliche klinische Beurteilung erwünscht

Diagnose

Wichtige Nebendiagnosen

(werden per Brief oder Fax zugestellt)

Wichtige Medikamente

[Siehe Informationen und Richtlinien \(PDF\)](#)

-
- Aspirin cardio
- Plavix (7d Pause vor jeder Infiltration)
- Orale Antikoagulation (Quick >65%, INR<1,3)
- NSAR

Absolute Kontraindikation

Florider Infekt Schwangerschaft

Bildgebung

beiliegend wird mitgebracht keine vorhanden

Name/Unterschrift

Stempel:

Datum: