

## Anmeldung zur rheumatologischen Sprechstunde bei Dr. med. Mario Picozzi

### Patient/-in

Name	Patient/-in
Vorname	bitte direkt aufbieten:
Adresse	notfallmässig (1–2 Tage)
Geburtsdatum	innert 1–2 Wochen
Telefon	innert 2–3 Wochen
Krankenkasse	

---

### Rheumatologische Abklärungen

Sonographie	Hände	Hüfte
	Schulter	sonstige

---

Interventionelle Schmerztherapie	Wirbelsäule	periphere Gelenke
-------------------------------------	-------------	-------------------

ASS / Plavix o.ä. in der Regel 7 Tage präinterventionell bei Wirbelsäulen-Infiltration stoppen  
Orale Antikoagulation bei Intervention an Wirbelsäule/peripheren Gelenken absetzen (wird ggf. separat besprochen)

Labor	INR:	Tc:	CRP:	Datum:
-------	------	-----	------	--------

---

### Indikation/Fragestellung

---

### Medikamente

---

Zuweisende/r Ärztin/Arzt	Datum	Stempel und Unterschrift
--------------------------	-------	--------------------------