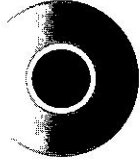


SCHMERZ Zentrum Frankfurt



Roßmarkt 23
60311 Frankfurt am Main
Telefon: 0 69 -29 98 80 0
Telefax: 0 69 -29 98 80 33
info@schmerz-zentrum-frankfurt.de
www.schmerz-zentrum-frankfurt.de

Dr. med. Hubert Miles
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin

Dr. med. Susanne Urban
Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie

Dr. med. Kerstin Fräßdorf
Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin

Schmerz-zentrum · Roßmarkt 23 · 60311 Frankfurt am Main

Sehr geehrte

Sie haben sich in unserer Praxis zur Schmerztherapie angemeldet.

Bitte geben Sie den vollständig ausgefüllten, umseitig abgedruckten **Personalbogen** und **die beigefügten Fragebögen mit den neuesten Unterlagen über Voruntersuchungen und Vorbehandlungen – möglichst in Kopie** – in unserer Schmerzpraxis ab. Wir können Sie dann an Ort und Stelle mit allen notwendigen Informationen versehen. Sollte Ihnen das nicht möglich sein, schicken Sie Ihre Unterlagen bitte mit der Post hierher. Sie bekommen dann so schnell wie möglich von uns einen Termin.

Da Ihre Daten elektronisch eingelesen werden, bitten wir Sie, nicht nur sämtliche Fragen vollständig zu beantworten, sondern auch Ihre Kreuze exakt in die vorgesehenen Kästchen zu setzen.

All diese Mühe lohnt sich für Sie, da Ihr behandelnder Arzt zur Vorbereitung auf das Erstgespräch Ihre Schmerzproblematik dadurch besser erfassen kann.

Da die Schmerztherapie sehr zeitaufwendig ist, werden Termine nur nach Voranmeldung vergeben. **Bitte bestätigen Sie Ihren Termin noch einmal umgehend schriftlich oder telefonisch. Nicht bestätigte Termine werden anderweitig vergeben.** Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, bitten wir um Absage mindestens eine Woche vorher.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir unsere Zeit ganz für Ihre Behandlung einsetzen möchten und daher keine Gutachten oder Bescheinigungen erstellen können. Beachten Sie bitte, dass Sie nach einer Behandlung in unserer Praxis in der Regel **nicht selbst ein Kraftfahrzeug lenken dürfen**, da je nach Therapieform Ihre Reaktionsfähigkeit eingeschränkt sein kann. Nach Nervenblockaden ist die Straßenfähigkeit z. B. erst am folgenden Tag wieder gegeben.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Personalbogen

Patient/in: _____
Familiennamen: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich/männlich*
Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____
Fax: _____ e-mail: _____

Beruf: _____ tätig als: _____
Arbeitgeber: _____

Hauptversicherer: _____
Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich/männlich*
Adresse: _____

Krankenkasse: _____
Mitglied (M) Familienversichert (F) Rentner (R) freiwillig versichert*
Überwiesen von: Dr. _____

Durch wen oder wodurch sind Sie auf das Schmerzzentrum Frankfurt aufmerksam geworden?

- Behandelnder Arzt
- Bekannte
- Internet
- Krankenhaus/Klinik
- Zeitung/Zeitschrift/Radio/Fernsehen
- Werbung/Anzeige
- Anderes: _____

Hausarzt: Herr/Frau* Dr., Anschrift, Telefon und Fax: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

*Zutreffendes bitte unterstreichen