



Anmeldung zur rheumatologischen Sprechstunde

Sekretariat Rheumatologie Fax 055 418 52 34
E-Mail **mario.picozzi@spital-einsiedeln.ch**

Dr. Mario Picozzi
FMH Rheumatologie
Regionalspital Einsiedeln
Spitalstrasse 28
8840 Einsiedeln

PatientIn _____ **Abklärungsdatum** _____ notfallmässig
 Name _____ Gewünscht am _____ elektiv
 Vorname _____
 Adresse _____ Bitte direkt aufbieten
 Geburtsdatum _____
 Krankenkasse _____
 Telefon _____

Rheumatologische Abklärungen

Rheumatologische Beurteilung und Behandlungsvorschlag/-
einleitung

Sonographie Schulter
 Sonographisch gesteuerte Infiltration ¹ sonstige _____
 Hüfte _____
 Schulter
 sonstige
 LWS Höhe _____

Facettengelenksinfiltration ¹
 ISG Infiltration ¹
 Needling (Schulter)
 Sakralblock ¹
 Epidurale Infiltration ¹

¹ Quick & Thrombozyten Quick _____ INR _____ Tc _____ Datum _____

Indikation/Fragestellung

Medikamente

Zuweisender Arzt _____ Einsiedeln, den _____
 Telefonische Mitteilung erbeten