



| | | |
|--|---|----------------------------|
| Name | | |
| Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Patiententelefonnummer | | |
| Patientenadresse | | |
| Patienten-E-Mail-Adresse | | |
| Pflege Grad ggf. GdB | | |
| Schmerz Diagnosen | - - - | |
| Psychiatrische Diagnosen | - - - | |
| Medikamente mit hohem Abhängigkeitspotenzial: | | |
| <i>Opioiden:</i> - | <i>Cannabidiol:</i> - | <i>Benzodiazepin:</i> - |
| Gravierende somatische Begleiterkrankungen | - - - - | |
| Bemerkungen | | |
| Überweisende Praxis Stempel u. Arztunterschrift | - Name: - Tel.: - Fax.: - Ort: | |

Kontakt: Tel.: 0491 86-1120

Fax: 0491 86-1129