

Anmeldung zur interdisziplinären multimodalen stationären Schmerztherapie



Städtisches Klinikum
Wolfenbüttel

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

um einen Patienten zur interdisziplinären multimodalen stationären Schmerztherapie anzumelden, verwenden Sie bitte diesen Bogen und geben uns vorab ein paar Informationen (bitte per **Fax** an **05331/934-3652**; telefonische Rückfragen: 05331/934-3651).

Bitte stellen Sie auch die übliche **Verordnung der Krankenhausbehandlung** / Einweisung aus. Hierbei muss die Diagnose „**chron. Schmerzsyndrom**“ und die Information „**Stationäre multimodale Schmerztherapie bei unzureichendem Erfolg bisheriger unimodaler Schmerztherapie**“ enthalten sein.

Wir bedanken uns für die zuvorkommende Mitarbeit!

Patientendaten

Name	Geburtsdatum
Straße	Wohnort
Telefon	Krankenkasse / Kostenträger
	Ggf. Pflegegrad

Kurzdiagnose der **Schmerzerkrankung** (z.B. chronisches Schmerzsyndrom):

Mindestens 3 der Kriterien von 1) bis 5) müssen beim Patienten zur Aufnahme erfüllt sein:

- 1) Besteht auf Grund der Schmerzerkrankung eine manifeste oder drohende **Beeinträchtigung der Lebensqualität oder der Arbeitsfähigkeit** (> 6 Wochen arbeitsunfähig)?
- 2) Gibt es **Fehlschläge einer unimodalen Schmerztherapie** (z.B. Physiotherapie, schmerzbedingte Operation, Medikamente oder Medikamentenentzug, invasive Maßnahmen, Infiltrationen)?
- 3) Besteht eine **Medikamentenabhängigkeit oder ein -missbrauch**?
- 4) Liegt eine schmerzunterhaltende **psychische Begleiterkrankung** vor?
- 5) Gravierende somatische **Begleiterkrankungen** (z.B. Organinsuffizienzen, Myokardinfarkt, etc.):

JA	NEIN

Bitte Diaanosen nennen!

Aktuelle Version immer im QM Portal – ausgedruckte Dokumente verlieren ihre Gültigkeit

Versions-Nr.: 04

Erstell-, Prüf- und Freigabeinformationen im QM Portal zum Dokument hinterlegt

Anmeldung zur interdisziplinären multimodalen stationären Schmerztherapie



Städtisches Klinikum
Wolfenbüttel

Weitere Diagnosen und relevante Informationen:

- Bestehen gravierende **Einschränkungen in der Kommunikation** bzw. im **Sprachverständnis für komplexe Zusammenhänge**?
- Bestehen gravierende **Einschränkungen in der Mobilität** oder der Selbstversorgung (**Pflegegrad ≥ 2**)?
- Ist der Patient zur **aktiven Mitarbeit motiviert** und mit der stationären Aufnahme **einverstanden**?

JA	NEIN

Praxisstempel/Ansprechpartner