



## Anmeldung zur multimodalen stationären Schmerztherapie

**Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,**

um einen Patienten zur multimodalen stationären Schmerztherapie anzumelden, verwenden Sie bitte diesen Bogen und geben uns vorab ein paar Informationen. (Bitte per **Fax an 05331/934-3602**)

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	

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) Relevante/gravierende somatische **Begleiterkrankungen** (z.B. Diab. mel., Organinsuffizienzen, etc.):

JA	NEIN

*bitte Diagnosen*

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

# Anmeldung zur multimodalen stationären Schmerztherapie

Weitere relevante Informationen:

- Bestehen gravierende **Einschränkungen in der Kommunikation bzw. im Sprachverständnis für komplexe Zusammenhänge?**
- Bestehen gravierende **Einschränkungen in der Mobilität bzw. körperliche Belastbarkeit?** (bitte ergänzende Information unten)
- Ist der Patient zur **aktiven Mitarbeit motiviert** und mit der stationären Aufnahme **einverstanden**?

JA	NEIN

Ergänzende Informationen/Anmerkungen:

*optional*

- Bei Ablehnung des Patienten zur multimodalen, stationären Schmerztherapie wünsche ich als behandelnder Arzt eine Information über die Gründe zu bekommen.

JA	NEIN

**Praxisstempel/Ansprechpartner**