

Indikationsfragebogen zur Aufnahme in die Stationäre Multimodale Schmerztherapie

Dr. med. univ. Bettina Huber

Chefärztin Schmerzzentrum

Fachärztin für Neurochirurgie, Spezielle Schmerztherapie

Plattlinger Straße 29, 94486 Osterhofen

Sekretariat: 09932/39-197

Telefax: 09932/39-394

E-Mail: Schmerztherapie@fachklinik-osterhofen.de

<http://www.fachklinik-osterhofen.de>

Einweiserdaten / Praxisstempel:

1. Patientendaten:

Vor- /Nachname:	
Geburtsdatum:	
Kostenträger/KK:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:

2.1. Diagnosen:

2.2. Relevante Voroperation(en)?

<input type="checkbox"/> Ja, operativer Eingriff ist erfolgt am:	Art des Eingriffs:
<input type="checkbox"/> Ja, operativer Eingriff ist erfolgt am:	Art des Eingriffs:
<input type="checkbox"/> Ja, operativer Eingriff ist erfolgt am:	Art des Eingriffs:

3.1. Notwendige Indikationsmerkmale

zur Aufnahme in die Stationäre Multimodale Schmerztherapie (**3 von 5 Punkten müssen erfüllt sein!**)

<input type="checkbox"/> Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder manifeste oder drohende Beeinträchtigung Arbeitsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
<input type="checkbox"/> Bestehende Medikamentenabhängigkeit oder bestehender Medikamentenfehlgebrauch
<input type="checkbox"/> Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
<input type="checkbox"/> Gravierende somatische Begleiterkrankung

3.2. Notwendigkeit der stationären Therapie

Ambulante Therapie aus folgenden Gründen nicht möglich (**mindestens 1 Punkt muss erfüllt sein !**)

<input type="checkbox"/> Keine Einrichtung in zumutbarer Wohnortnähe / kein zeitnahe Termin möglich
<input type="checkbox"/> Erhebliche Komorbiditäten (psychisch und/oder somatisch)
<input type="checkbox"/> Deutlich eingeschränkte Mobilität, die ambulantes Setting unmöglich macht
<input type="checkbox"/> Überwachungsbedürftigkeit nach invasiver Behandlung (rückenmarksnahe Infiltrationen)
<input type="checkbox"/> Akute Schmerzdekompensation bei chronischer Schmerzerkrankung
<input type="checkbox"/> Eingeschränkte psychische und/oder körperliche Belastbarkeit
<input type="checkbox"/> Ambulant nicht durchzuführende Entzugsbehandlung

3.3. Relevante Co-Faktoren

<input type="checkbox"/> Schmerzen seit mehr als 6 Monate
<input type="checkbox"/> Akute Verschlechterung in den letzten 2 bis 3 Monate
<input type="checkbox"/> Räumliche Ausbreitung der Schmerzen
<input type="checkbox"/> Hinzutreten neuer Schmerzbilder
<input type="checkbox"/> Wechsel des Schmerzcharakters und des Schmerzsyndroms
<input type="checkbox"/> Zunahme der Schmerzdauer
<input type="checkbox"/> Auftreten oder Zunahme von Schmerzattacken
<input type="checkbox"/> Relevante Zunahme der körperlichen Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Ambulante Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Psychische Verhaltensstörung
<input type="checkbox"/> Medikamentenabhängigkeit / Polytoxikomanie

4.1. Erfolglosigkeit der Vortherapie

Vorbehandler	konservativ	interventionell	operativ	Datum
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algesiologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vollstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.2. Physikalische Therapien in den letzten 12 Monaten

<input type="checkbox"/> Massage / Lymphdrainage	Anzahl:	Datum:
<input type="checkbox"/> Craniosacrale Therapie / Osteopathie	Anzahl:	Datum:
<input type="checkbox"/> KG / Manuelle Therapie / MTT	Anzahl:	Datum:
<input type="checkbox"/> Elektrotherapie / TENS	Anzahl:	Datum:
<input type="checkbox"/> Infiltrationen	Anzahl:	Datum:
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Anzahl:	Datum:

4.3. Rentenverfahren

<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> abgelehnt	<input type="checkbox"/> Wiederspruchverfahren
------------------------------------	------------------------------------	--

4.4. Stationäre oder ambulante Multimodale Schmerztherapie in den letzten 12 Monaten

<input type="checkbox"/> Ja	Name der Klinik:	Datum:
<input type="checkbox"/> Nein		

4.5. Sonstige wichtige Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Bitte stellen Sie sicher, dass bei Ihrer Übermittlung von Patientendaten an uns die geltenden Datenschutzrichtlinien in vollem Umfang beachtet werden und das Ihr Patient dieser Übermittlung von Daten / Informationen zu seiner Person an uns eingewilligt hat.