

Vorstellung / Einweisung zur Schmerztherapie

Fragebogen für den Hausarzt / einweisenden Facharzt

Patient _____ geb. am _____

PLZ _____ Wohnort _____

Straße _____ Nr. _____

Telefon _____ Krankenkasse _____

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir behandeln Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen im Rahmen eines stationären und teilstationären multimodalen Schmerztherapiekonzeptes. Sie können Ihre Anmeldung bei uns mit folgenden Angaben unterstützen, damit wir die geeignete Therapieform und die Dringlichkeit der Behandlung besser abschätzen können.

Hauptdiagnose _____

Seit wann bestehen die Schmerzen bereits? _____

Sind Untersuchungsbefunde vorhanden? Nein Ja (bitte der Anmeldung anfügen)

Folgende Therapien sind bereits erfolgt _____ (bitte anfügen)

Begleiterkrankungen: Nein Ja _____

Wer hat die Vorstellung bei uns initiiert? _____

Ist die Patientin/ der Patient mobil und körperlich belastbar? Ja Nein , weil _____

Besteht eine hinreichende Motivation zur Teilnahme an aktivierenden Therapien? Ja Nein

Gibt es sprachliche Barrieren oder körperliche Verständigungsschwierigkeiten? Ja Nein

Sie erreichen uns telefonisch 039200-67800 o. 67846 (Tagesklinik) und per Fax 039200-67811.

Vielen Dank für Ihre Mühen.

Datum:

Stempel/ Unterschrift: