

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben eine Krankenseinweisung für eine stationäre Schmerztherapie erhalten und interessieren sich für eine Aufnahme in unserem Krankenhaus. Wir bedanken uns für das in uns gesetzte Vertrauen.

Laut Sozialgesetzbuch müssen wir als Krankenhaus Ihre Behandlungsbedürftigkeit überprüfen. Dafür benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie darum, alle Formulare und Fragebögen **wahrheitsgemäß** und möglichst **vollständig** auszufüllen und zurückzusenden oder bei uns abzugeben. Außerdem reichen Sie uns bitte **Vorbefunde aller vorhergehenden Behandlungen** ein. Außerdem bitten wir Sie um Angabe einer Emailadresse. Auf diese werden wir Ihnen einen Link zu einem Fragebogen senden, den Sie zu Hause an Tablet oder Computer bitte wahrheitsgemäß, sorgfältig und möglichst vollständig ausfüllen. Je früher uns die Unterlagen vollständig vorliegen, umso eher können wir eine Entscheidung über eine stationäre Schmerztherapie treffen. **Ohne die vollständigen Unterlagen können wir Ihre Anfrage leider nicht bearbeiten.**

1. Persönliche Daten

Vorname und Name

_____._____._____
Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Emailadresse

Telefonnummer

Einweisender Arzt/Ärztin

Fachrichtung

Hausarzt/Hausärztin

2. Stationäre Vorbehandlungen

Welche stationären Behandlungen fanden in den letzten **zwei Jahren** (oder mehr) statt (einschließlich Reha/Schmerztherapie/Psychotherapie/Psychosomatik und Operationen)?

Klinik

Ort

Zeitraum

Abteilung/Fachrichtung

Grund der Behandlung

Schmerzen gebessert?

Klinik

Ort

Zeitraum

Abteilung/Fachrichtung

Grund der Behandlung

Schmerzen gebessert?

5. Schmerzmittel

Welche Schmerzmittel wurden in Bezug auf die aktuellen Beschwerden in der Vergangenheit eingenommen?

Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	

6. Weitere Maßnahmen

Welche sonstigen Maßnahmen, auch selbst finanzierte, fanden statt (Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Sport in Eigenregie etc.)

Therapie	Zeitraum

7. Arbeitsunfähigkeit

Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?

Ja, seit dem ____ . ____ . ____

Nein

Bitte geben Sie hier die Zeiten Ihrer **schmerzbedingten** Arbeitsunfähigkeit an.

Arbeitsunfähig von _____ bis _____ wegen _____.

Arbeitsunfähig von _____ bis _____ wegen _____.

Arbeitsunfähig von _____ bis _____ wegen _____.

8. Zeitlicher Verlauf und Gehstrecke

Wie lange leiden Sie schon unter chronischen Schmerzen? _____ Tage/Wochen/Monate/Jahre

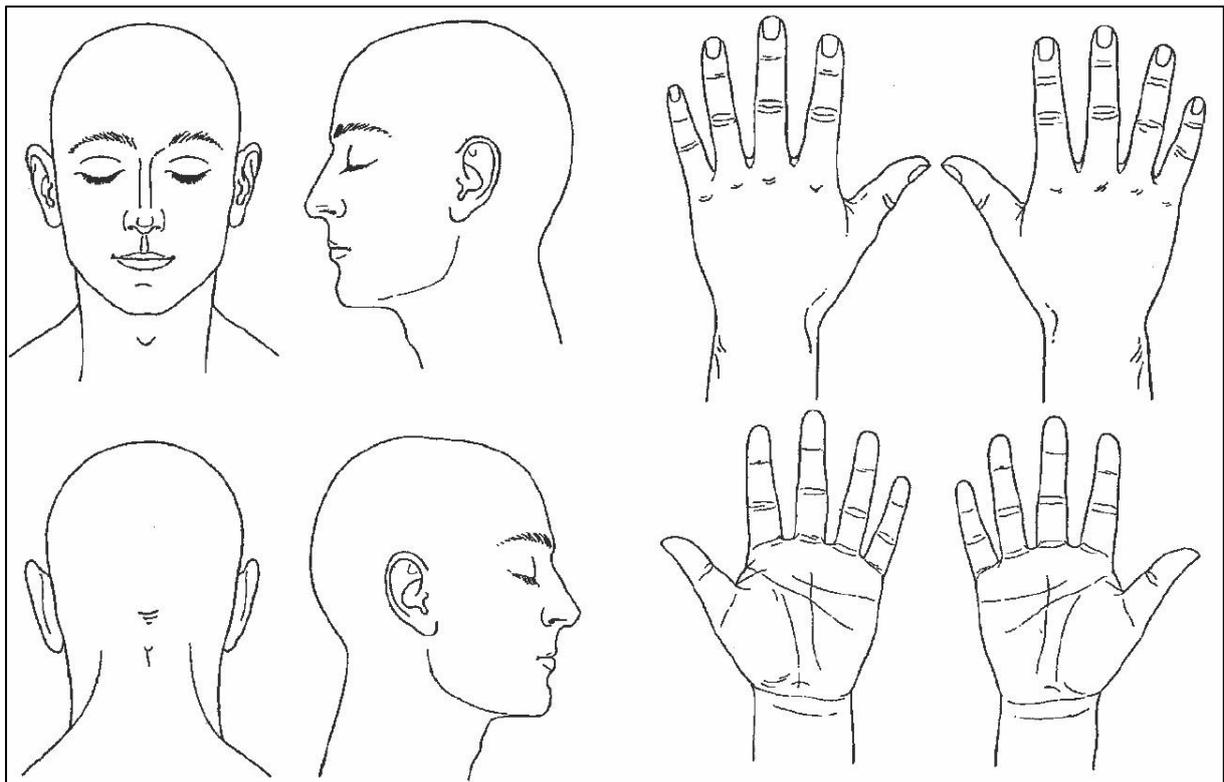
Wie lange leiden Sie schon unter den aktuellen Schmerzen? _____ Tage/Wochen/Monate/Jahre

Wie weit können Sie gehen? _____ Meter ohne Hilfsmittel _____ mit Hilfsmittel (z.B. Rollator)

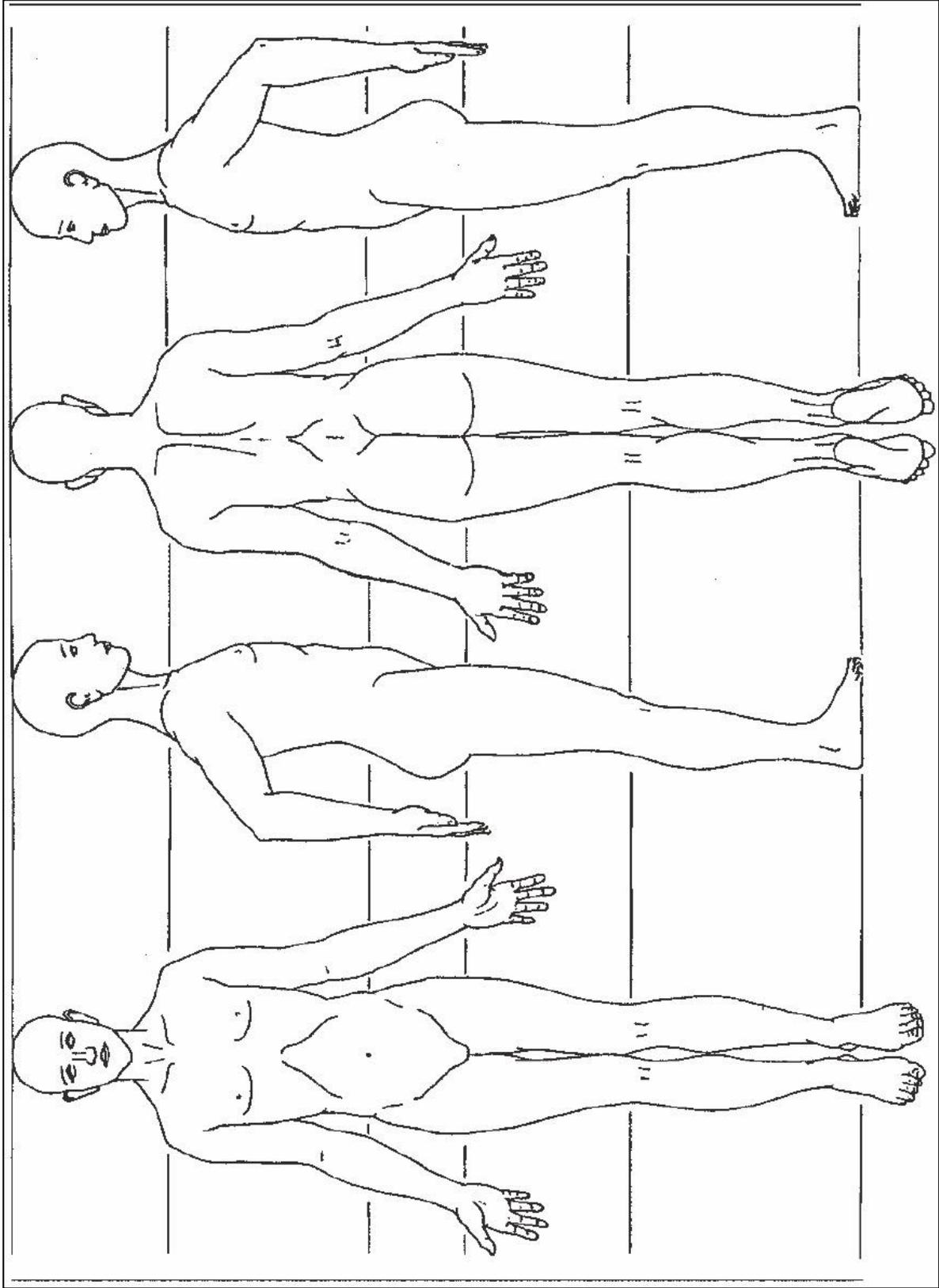
9. Wo sind Ihre Schmerzen?

Bitte zeichnen Sie Ihre aktuellen Schmerzen in das beiliegende Körperschema ein. Sie können gerne verschiedene Farben benutzen und zusätzliche Beschriftungen anbringen. Hier können Sie nichts falsch machen.

Körperschema Teil 1



Körperschema Teil 2



10. Datum und Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift