

ANMELDUNG ZUR STATIONÄREN MULTIMODALEN SCHMERZBEHANDLUNG

Folgende Angabe werden benötigt:

PATIENT/IN:

Geschlecht: ☐ W ☐ M ☐ divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse (falls vorhanden):

Die zur Aufnahme führende **Schmerzdiagnose** (Lokalisation, Dauer):

Dringende Anmerkungen zum Behandlungsfall:

WICHTIG Zur Indikationsprüfung fügen Sie bitte folgende Dokumente bei:

- Bundesmedikationsplan
- Befunde die Schmerzursache betreffend (z. B. OP-Berichte, radiologische Befunde)
- Berichte der bisher ambulant/stationär durchgeführten Therapien
- Berichte zu anderweitigen Vorerkrankungen (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, psychische Erkrankungen)

per KIM (online): schmerztherapie-casemanagement@rheinmaasklinikum.kim.telematik

oder FAX: 02405-62 3890

Bei organisatorischen Fragen melden Sie sich gerne im Case Management unter 02405- 62 7453

Einweisende Praxis/Ärztin/Arzt:

Datum, Stempel u. Unterschrift

ACHTUNG:

Diese Seite ist nur durch Ärzte/Ärztinnen der Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin auszufüllen!

Einschlusskriterien (mindestens drei der folgenden):

- Manifeste o. drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität/Arbeitsunfähigkeit
- Medikamentenabhängigkeit/unzureichender Effekt
- Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- Gravierende somatische Begleiterkrankung
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerz-Bedingten operativen Eingriffs oder Entzugsbehandlung

Arzt/Ärztin

Psychologe/Psychologin

Case-Management