

**ANMELDUNG ZUR STATIONÄREN MULTIMODALEN SCHMERZBEHANDLUNG
(IMST oder Neuromodulation)**

Folgende Angabe werden benötigt:

PATIENT/IN: Geschlecht: W M divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse (falls vorhanden): _____

Die zur Aufnahme führende Hauptdiagnose/Schmerzdiagnose:

Dringende Anmerkungen zum Behandlungsfall:

- vorab Arzt zu Arzt-Gespräch erwünscht: ja nein

Telefonnummer:
erreichbar um:
am besten zu erreichen um:

WICHTIG:

Zur Indikationsprüfung fügen Sie bitte für die Behandlung relevante Unterlagen bei:

(z.B.: radiologische Befunde, relevante Nebendiagnosen, Briefe aus Vorbehandlungen, aktuelle analgetische Medikation)

per FAX: 02405-62 3652 oder

KIM (online): schmerztherapie@rheinmaasklinikum.kim.telematik

Einweisende Praxis/Ärztin/Arzt: