

## Schmerztherapie Falkeneck

Hecksbergstraße 23–27  
35619 Braunfels

Telefon (06442) 302 - 5112

Telefax (06442) 302 - 5113

Schmerztherapie.Braunfels@lahn-dill-kliniken.de

**Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,**

wir nehmen Patienten in der Regel geplant auf. Wenn Sie bei Ihrem Patienten eine **stationäre Schmerzbehandlung** für erforderlich halten, können Sie ihn mit diesem Formular dafür anmelden. Sie können es am Bildschirm ausfüllen und anschließend abspeichern. Gerne können Sie es uns an unsere Faxnummer (06442) 302 5113 übermitteln.

Wichtige Voruntersuchungen hinsichtlich der Ursache der Schmerzen sollten bereits durchgeführt worden sein. Nur so ist eine zeitnahe, zielgerichtete Therapie möglich. Schmerzrelevante Vorbefunde können zusammen mit dem Anmeldeformular per Fax oder auch per Briefpost an uns übermittelt werden. Wir setzen uns dann mit dem Patienten und / oder mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Sie kennen Ihren Patienten und seine Situation besser als wir. Wenn Sie sich am Ende des Formulars bereits zu den aus Ihrer Sicht bestehenden Aufnahmeindikationen äußern, kann das für uns enorm hilfreich sein, um die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu rechtfertigen.

**Wichtig:** Sollten Sie für Ihren Patienten eine **ambulante schmerztherapeutische Vorstellung bzw. Anbindung** wünschen, können ambulante Termine über das Team des MVZ Praxisklinik in Mittelhessen unter (06441) 67154600 vereinbart werden.

Für Fragen steht Ihnen unser Stationssekretariat unter (06442) 302 - 5112 zur Verfügung.

Wir danken für Ihr Interesse und die gute Zusammenarbeit!

**Ihr Team der Schmerztherapie Braunfels**

## Anmeldende Praxis (zugleich Empfänger des Befundberichts):

Praxis:

Straße, Hausnummer:

PLZ:  Ort:

Telefon:  Fax:

## Folgender Patient soll in der Schmerztherapie Braunfels vorgestellt werden:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ:  Wohnort:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse\*:

Versicherungsstatus:

\* Die Angabe einer E-Mail-Adresse ist für die Übersendung des Schmerzfragebogens erforderlich.

## Schmerzproblematik:

## Bisherige Therapie:

## Sonstiges / Bemerkungen:

## Halten Sie eine stationäre Therapie für indiziert? Falls ja, warum?

Keine Einrichtung in Wohnortnähe/  
kein zeitnaher Termin möglich  
Erhebliche Komorbiditäten  
(psychisch und/oder somatisch)  
Deutlich eingeschränkte Mobilität,  
die ambulantes Setting unmöglich macht

Überwachungsbedürftigkeit nach invasiver Behandlung  
Akute Schmerzdekompensation bei  
chronischer Schmerzerkrankung  
Eingeschränkte psychische und/  
oder körperliche Belastbarkeit  
Ambulant nicht durchzuführende Entzugsbehandlung

## Welche Indikationsmerkmale für die „Multimodale Schmerztherapie“ halten Sie für erfüllt?

Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebens-  
qualität und/oder manifeste oder drohende Beeinträchti-  
gung der Arbeitsfähigkeit  
Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerz-  
therapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs  
oder einer Entzugsbehandlung

Bestehende Medikamentenabhängigkeit oder bestehen-  
der Medikamentenfehlgebrauch  
Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung  
Gravierende somatische Begleiterkrankung

## Gibt es Anhaltspunkte für eine fortschreitende Chronifizierung?

Seit mehr als sechs Wochen bestehende/  
wiederholte Arbeitsunfähigkeit  
Probleme am Arbeitsplatz  
Fehlschlag bisheriger konservativer Therapie  
Fehlschlag interventioneller/operativer Maßnahmen  
„Ärzte-Hopping“  
Dysfunktionale Schmerzbewältigung: Vermeidungs-  
verhalten, Katastrophisieren, Durchhaltestrategien

Seelische Veränderungen: depressive Stimmung, Angst  
Schmerzbedingte Verminderung sozialer Kontakte,  
Rückzug  
Schmerz als Beschwerde mit eigenständigem  
Krankheitswert (unspezifische Diagnosen)  
Zusätzlich aufgetretene funktionelle Störungen,  
vegetative Symptomatik