

**SEHR GEEHRTE FRAU KOLLEGIN, SEHR GEEHRTER HERR KOLLEGE,**

um einen Patienten zur multimodalen stationären Schmerztherapie im HEH anzumelden, verwenden Sie bitte den folgenden Bogen und senden uns diesen hiernach per **Fax: 0531.699-2693** oder per **E-Mail: sekretariat.anaesthesie@heh-bs.de** zu.

Bitte stellen Sie für den Patienten die übliche Verordnung der Krankenhausbehandlung/Einweisung aus.

Auf der Einweisung muss die Diagnose *chronische Schmerzerkrankung* und die Information *Multimodale Stationäre Schmerztherapie bei unzureichendem Erfolg bisheriger unimodaler Schmerztherapie* enthalten sein.

Wir bedanken uns für die Kooperation und freuen uns sehr auf die Zusammenarbeit im Patientensinne.

**PATIENTENDATEN**

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**KURZDIAGNOSE DER SCHMERZERKRANKUNG** (z. B. chronisches Schmerzsyndrom):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herzliche Grüße

Ihr Team der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin –  
Multimodale Schmerztherapie im HEH Braunschweig

**IHRE GESUNDHEIT IN BESTEN HÄNDEN**

**MINDESTENS 3 DER KRITERIEN VON 1 BIS 5 MÜSSEN BEIM PATIENTEN ZUR AUFNAHME ERFÜLLT SEIN:**

**1) ES BESTEHT AUFGRUND DER SCHMERZERKRANKUNG**

- eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität.
- eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (z. B. > 6 Wochen bestehende Arbeitsunfähigkeit).

**2) ES GIBT**

- Fehlschläge einer unimodalen Schmerztherapie (z. B. Physiotherapie, schmerzbedingte Operation, Medikamente oder Medikamentenentzug, invasive Maßnahmen, Infiltrationen).

**3) BEI DER PATIENTIN/DEM PATIENTEN BESTEHT**

- eine Medikamentenabhängigkeit.
- ein manifester oder drohender Medikamentenmissbrauch.

**4) LIEGEN BEI DER PATIENTIN/DEM PATIENTEN**

- relevante schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankungen vor?

---

---

---

**5) LIEGEN BEI DER PATIENTIN/DEM PATIENTEN**

- relevante/gravierende somatische Begleiterkrankungen (z. B. Diab. mellitus., Organinsuffizienzen o. ä.) vor?

---

---

---

**WEITERE RELEVANTE INFORMATIONEN:**

Bei der Patientin/dem Patienten bestehen gravierende Einschränkungen in der Kommunikation bzw. im Sprachverständnis für komplexe Zusammenhänge.

Bei der Patientin/dem Patienten bestehen gravierende Einschränkungen in der Mobilität bzw. der körperlichen Belastbarkeit.

Welche?

---

---

Die Patientin/der Patient ist zur aktiven Mitarbeit motiviert und mit der stationären Aufnahme

einverstanden. **NAME UND TELEFONNUMMER DES EINWEISENDEN ARZTES/PSYCHOTHEAPEUTEN:**

---