

SEHR GEEHRTE* R KOLLEGE* KOLLEGIN,

um eine*n Patienten*Patientin zur multimodalen stationären Schmerztherapie im HEH anzumelden,
verwenden Sie bitte den folgenden Bogen und senden uns diesen hiernach per **Fax: 0531.699-2692** oder
per **E-MAIL: SEKRETARIAT.MMST@HEH-BS.DE** zu.

Bitte stellen Sie für den*die Patienten*Patientin 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.

DATEN DES*DER PATIENTEN*PATIENTIN

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*BEI DER PATIENTEN*PATIENTIN 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 DEM*DER PATIENTEN*PATIENTIN BESTEHT

- eine Medikamentenabhängigkeit.
- ein manifester oder drohender Medikamentenmissbrauch.

4) LIEGEN BEI DEM*DER PATIENTEN*PATIENTIN

- relevante schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankungen vor?

5) LIEGEN BEI DEM*DER PATIENTEN*PATIENTIN

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

WEITERE RELEVANTE INFORMATIONEN:

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

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

Welche?

Der*die Patient*Patientin ist zur aktiven Mitarbeit motiviert und mit der stationären Aufnahme einverstanden.

NAME UND TELEFONNUMMER DES*DER EINWEISENDEN ARZTES*ÄRZTIN:
