

ANMELDUNG SCHMERZTHERAPIE

- Anmeldung zur **ambulanten** Schmerztherapie
- Anmeldung zur interdisziplinären **stationären** multimodalen Schmerztherapie (*bitte zusätzlich die "Checkliste Patienten Anmeldung zur stationären multimodalen Schmerztherapie" ausfüllen und mitsenden*)

Vorhandenes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PRT | <input type="checkbox"/> Tumor-/Chemoassoziierter Schmerz (z.B. chemotherapiebedingt) |
| <input type="checkbox"/> CRPS (frisch) | <input type="checkbox"/> Rückenschmerz und AU > 6 Wochen |
| <input type="checkbox"/> akuter Zosterneuralgie | <input type="checkbox"/> schmerzbedingte laufende AU |
| <input type="checkbox"/> drohende Chronifizierung postoperativer Schmerz (> 6 Wochen) mit AU | <input type="checkbox"/> junge/r Patientin/Patient mit kurzer Schmerzanamnese und gehäufte AU |
| <input type="checkbox"/> Abdomineller Schmerz, Multiple OPs | |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse AOK Bremen/Bremerhaven (Integrierte Versorgung möglich) | |

Daten zur Patientin/zum Patienten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefonnr.: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Diagnose (ICD oder Freitext): _____

Grund der Überweisung: _____

Psychische Komorbiditäten (ICD oder Freitext): _____

Dauermedikation: _____

Besteht zurzeit ein Rentenwiderspruchsverfahren? Ja Nein

Daten zur Hausärztin/zum Hausarzt

Praxis: _____ Telefonnr.: _____

Folgende Unterlagen bitte mitsenden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vortherapien (stationär/ambulant – Auszug Akte) | <input type="checkbox"/> OP-Berichte |
| <input type="checkbox"/> Informationen zu relevanten Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rehabilitationsberichte/Gutachten |
| <input type="checkbox"/> Facharztberichte | |
| <input type="checkbox"/> Bildgebung (CT, MRT, RÖ, zwingend MRT Befundbericht für PRT) → Nur in Schriftform! | |

Arztstempel

Ambulanter Fachbereich → Faxnr.: 0421 22410-240
Stationärer Fachbereich → Faxnr.: 0421 4683-421
 Nach Anmeldung nehmen wir mit der Patientin/dem Patienten Kontakt auf.
 Für eine stationäre Aufnahme wird eine Einweisung benötigt.
Einweisungsmanagement Schmerzmedizin
Ambulant: Tel.: 0421 22410- 20
Stationär: Tel.: 0421 4683-6355