

CHECKLISTE PATIENTENANMELDUNG ZUR MULTIMODALEN SCHMERZTHERAPIE

Patientenname: Geb.-Datum: Telefon Patient: Diagnose (Schmerzlokalisierung):

Die folgenden Grundvoraussetzungen sind zur sinnvollen Patientenbetreuung und zeitnahen Rückmeldung unerlässlich:

- ausreichend körperliche Leistungsfähigkeit zur Teilnahme an aktivierenden Therapien (z.B. Nordic Walking)
- ausreichend deutsche Sprachkenntnisse
- aussagefähige Berichte bezüglich Schmerzlokalisierung und Gesamtzustand der Patienten

Cave: akute Schmerzexazerbationen bitte direkt an die Schmerzmedizin melden, um eine zügige Behandlung sicher zu stellen!

Merkmale	Erläuterung	Bitte ankreuzen
Manifeste oder drohende Beeinträchtigung von Lebensqualität und/oder Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Seit mehr als sechs Wochen bestehende/wiederholte Arbeitsunfähigkeit und /oder	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz und/oder	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Fehlschlag von vorheriger unimodaler Schmerztherapie, schmerzbedingter OP	<input type="checkbox"/> Fehlschlag bisheriger konservativer Maßnahme und/oder	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Fehlschlag interventioneller/operativer Maßnahme und/oder	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Bestehender Medikamentenabusus oder -abhängigkeit	<input type="checkbox"/> Entzugsbehandlung, die eine kontinuierliche Überwachung fordert und/oder	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Analgetika Fehl- & Übergebrauch / Suchterkrankung	
	<input type="checkbox"/> Opiatdauertherapie und/oder	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
gravierende psychische Begleiterkrankungen	<input type="checkbox"/> Depression (F32. F33. F) und/oder	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Angststörung (F41.) und/oder	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
gravierende somatische Begleiterkrankungen	<input type="checkbox"/> schwere somatische Begleiterkrankung und Notwendigkeit einer Überwachung und/oder Mitbehandlung im Kliniksetting (Diagn.: _____)	<input type="checkbox"/> Ja

Mindestens 3 Merkmale müssen zutreffen, damit die Indikation für eine multimodale Schmerztherapie (nach OPS) besteht

Ergänzende Indikationen	
<input type="checkbox"/> Dysfunktionale Schmerzbewältigung: Vermeidungsverhalten, Katastrophieren, Durchhaltestrategie	<input type="checkbox"/> Nachvollziehbare Anamnese und Dokumentation des bisherigen Therapieverlaufs, aus dem sich im Einzelfall, trotz erfolgter ambulanter Diagnostik und Therapie, eine Schmerzpersistenz bzw. Schmerzprogredienz ableiten lässt
<input type="checkbox"/> Schmerzbedingte Verminderung sozialer Kontakte, sozialer Rückzug	
<input type="checkbox"/> zusätzlich aufgetretene funktionelle Störungen, vegetative Symptomatik, Schlaf	<input type="checkbox"/> Medizinische Erforderlichkeit einer hohen Therapiedichte, die ambulant aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten nicht zu gewährleisten ist
<input type="checkbox"/> "Ärzte-Hopping"	

Arztstempel

Dieses Dokument bitte per FAX an den Fachbereich Schmerzmedizin senden → Faxnr.: 0421 4683-421
Nach Anmeldung nehmen wir mit der Patientin/dem Patienten Kontakt auf. Für eine stationäre Aufnahme wird eine Einweisung benötigt.

Einweisungsmanagement stationäre Schmerzmedizin
painnurse@bremen.pkd.de, 0421 4683-6355
www.paracelsus-kliniken.de/akut/bremen