



Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin

Vorbehandlungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben eine Krankenseinweisung erhalten und interessieren sich für eine Aufnahme in unserem Krankenhaus. Wir bedanken uns für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Laut Sozialgesetzbuch müssen wir als Krankenhaus Ihre Behandlungsbedürftigkeit überprüfen. Dafür benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie darum, alle zugesandten Formulare und Fragebögen möglichst vollständig auszufüllen und zurückzusenden.

Vorhandene Befunde der letzten 2 Jahre (Arztbriefe, radiologische Befunde) bitte mit einreichen.

CDs mit Bildern bitte erst bei der Aufnahme mitbringen.

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Ohne diese Angaben können wir Ihre Anfrage leider nicht bearbeiten.

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Telefon (Festnetz / Mobil) _____ / _____

1.) Stationäre Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationen in den letzten zwei Jahren:

Welches Krankenhaus / Rehaklinik?	Wann? (in den letzten 2 Jahren)	Was wurde gemacht? (z.B. Rehabilitation, Operation, Schmerztherapie, Spritzen)

2.) Ambulante Behandlungen der Schmerzerkrankung in den letzten 6 Monaten:

Krankengymnastik / Manuelle Therapie / Massagen:

Wieviel Termine in 6 Monaten? _____

Was wurde gemacht? _____

Reha-Sport:

Wie oft dagewesen in 6 Monaten? _____

Ärztliche Behandlung / Psychotherapie (Ambulant, Praxis, niedergelassene Ärzte, MVZ)

Fachrichtung	Wie oft dagewesen? (6 Monate)	Was wurde gemacht? (z.B. Beratung, Verordnung von Medikamenten, Hilfsmitteln oder Physiotherapie, Spritzen, Akupunktur ...)
Hausarzt/Hausärztin		
Orthopädie		
Neurologie		
Schmerztherapie		
Psychotherapie		
Radiologie		

Schmerzmedikamente (in den letzten 6 Monaten):

Welches?	Dosierung, wie oft am Tag?	Wie lange? (Tage/Wochen)	Gab es Nebenwirkungen?

Weitere Maßnahmen, auch selbst finanzierte (in den letzten 6 Monaten):

(z.B. Osteopath, Heilpraktiker, Präventionsprogramm der Krankenkasse, selbstfinanzierte Massagen, Fitness-Studio etc.)
