

# OBERLIN KLINIK

<b>FAX</b> <b>Anmeldung zum Assessment zur multimodalen Schmerztherapie</b>	<b>An</b>	<b>Tagesklinik Schmerz</b> Oberlinklinik gGmbH
	<b>Telefon</b>	<b>0331 763-3851</b>
	<b>Fax</b>	<b>0331 763-3850</b>

<b>Patientendaten</b>	<b>Schmerzdiagnosebeschreibung:</b>
Name d. Patienten	
Vorname d. Patienten	
Geburtsdatum	
Straße	
<b>Ort</b>	
<b>PLZ</b>	
<b>Tel.</b>	

Sehr geehrte Kolleg:innen,

Voraussetzung für eine Einweisung ist, neben der medizinischen Indikation, die selbstständige Anreise in unser Haus (gegebenenfalls Krankentransport). Außerdem sollten mindestens **drei** der folgenden Merkmale zutreffen, um die Indikationskriterien für die teilstationäre Therapie zu erfüllen:

- manifeste oder drohende **Beeinträchtigung der Lebensqualität** und/oder der **Arbeitsfähigkeit**
- Fehlschlag einer vorherigen **unimodalen Schmerztherapie**, eines schmerzbedingten **operativen Eingriffs** oder einer **Entzugsbehandlung**
- bestehende(r) **Medikamentenabhängigkeit** oder **-missbrauch**
- schmerzunterhaltende **psychische Begleiterkrankung**
- gravierende **somatische Begleiterkrankung** (dies nur unter bestimmten Voraussetzungen)

Vorab erfolgt in unserem Haus ein schmerzmedizinisches Assessment von **ca. 3 Stunden** (ärztlich, psychologisch, physiotherapeutisch, inklusive psychometrischer und physischer Funktionstestung). Bei Einschluss der zu behandelnden Person wird vor der Aufnahme ein ausführlicher Therapieplan erstellt. **Zur Entscheidungsfindung benötigen wir von Ihnen neben dem Einweisungsschein die unten aufgeführten Unterlagen. Sie können die Unterlagen Ihrem Patienten gleich mitgeben oder vorab den Befundbericht (Krankengeschichte) gemeinsam mit der FAX-Anmeldung an unsere Tagesklinik senden:**

- Ausgefüllter DSF (Deutscher Schmerzfragebogen)
- Röntgen-/MRT-/CT-Bilder der letzten drei Jahre
- Befunde vom behandelnden Arzt, auch der Nebenerkrankungen (z.B. Thrombose, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Parkinson usw.)
- Ihren ärztlichen Befundbericht aus dem folgendes hervorgeht:
  - ambulante Leistungen die bisher verordnet worden sind (z.B. Physiotherapie),
  - Auflistung der vorliegenden Nebenerkrankungen
  - Einnahme der Medikamente mit Dosierungsangaben (Medikationsplan)
  - Reha-Maßnahmen (Teilnahme / Beantragung),

Name des Anfordernden:	Stempel	Unterschrift
------------------------	---------	--------------

Sollten Sie dieses Fax irrtümlich erhalten haben, es unleserlich oder unvollständig sein, so bitte ich um einen Rückruf unter der angegebenen Telefonnummer.