

**Checkliste Indikation zur stationären multimodalen  
Schmerztherapie**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie diesen Fragebogen aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen.  
Für die multimodale stationäre Schmerztherapiebehandlung müssen mindestens 3 der  
im Folgenden genannten 5 Voraussetzungen erfüllt sein.

1. Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten  
operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung.

- ❖ Behandlung beim Hausarzt (wegen der chronischen Schmerzen)?  nein  ja
- ❖ Seit wann? \_\_\_\_\_ Welche Medikamente, Spritzen o.ä.? \_\_\_\_\_
- ❖ Behandlung beim FA Orthopädie  nein  ja
- ❖ Seit wann? \_\_\_\_\_ Welche Medikamente, Spritzen o.ä.? \_\_\_\_\_
- ❖ Behandlung beim  FA Neurologie/FA Neurochirurgie  nein  ja
- ❖ Seit wann? \_\_\_\_\_ Welche Medikamente, Spritzen o.ä.? \_\_\_\_\_
- ❖ Ambulante fachärztliche Therapie ausgeschöpft?  nein  ja
- ❖ Was ist ausstehend? \_\_\_\_\_
- ❖ Gab es bereits stationäre Aufenthalte (Krankenhaus) aufgrund der  nein  ja  
beklagten Beschwerden?
- ❖ Wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_
- ❖ Gab es Rehabilitationsmaßnahmen?  nein  ja wann: \_\_\_\_\_
- ❖ Wurde bei Ihnen bereits eine Operation (wegen Schmerzen) in Erwägung gezogen oder für  
notwendig erachtet / durchgeführt?  nein  ja  
Welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ Von wem? \_\_\_\_\_
- ❖ Medikamentöse Behandlung (auch Schmerzmittel/Spritzen/Infusionen)  nein  ja  
Wenn ja, welche Medikamente: \_\_\_\_\_
- ❖ Krankengymnastik/Massage in den letzten 4 Monaten?  nein  ja, wie oft \_\_\_\_\_
- ❖ Wurde bereits ein Schmerzmittelentzug durchgeführt?  nein  ja, wovon \_\_\_\_\_
- ❖ Handelt es sich um eine entgleiste akute Schmerzsymptomatik, die auf die ambulanten  
Maßnahmen bisher nicht angesprochen hat?  nein  ja

**Checkliste Indikation zur stationären multimodalen  
Schmerztherapie**

2. Bestehende Medikamentenabhängigkeit oder- Fehlgebrauch

- ❖ Nehmen Sie regelmäßig Schmerz- oder Beruhigungsmittel, und ist die Menge/Dosis in den letzten Monaten zunehmend?  nein  ja, welches Mittel \_\_\_\_\_
- ❖ Haben Sie erfolglos versucht, ein Medikament zu reduzieren/abzusetzen?  nein  ja

3. Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der  
Arbeitsfähigkeit durch die Schmerzen

- ❖ Besteht schmerzbedingt eine Arbeitsunfähigkeit?  nein  ja, seit wann \_\_\_\_\_
- ❖ Ist ein Rentenantrag geplant/gestellt?  nein  ja  abgelehnt/im Widerspruch
- ❖ Sind Sie durch die Schmerzen im Alltag relevant eingeschränkt?  nein  ja
- ❖ Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre Stimmung und Aktivität?  nein  ja

4. Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung

- ❖ Werden Ihre Schmerzen durch Stress oder Anspannung merklich beeinflusst?  nein  ja
- ❖ Sind Sie öfters deprimiert wegen Ihrer Schmerzproblematik?  nein  ja
- ❖ Ist bei Ihnen eine depressive Erkrankung oder ähnliches bekannt, bzw. erhalten Sie Medikamente zur Stimmungsbeeinflussung?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

5. Schwerwiegende körperliche Begleiterkrankung

- ❖ Sind Sie aufgrund chronischer Erkrankung in regelmäßiger Behandlung?  nein  ja  
in welcher \_\_\_\_\_
- ❖ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente dafür ein?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- ❖ Liegen Lähmungserscheinungen oder Taubheitsgefühle vor?  nein  ja

Bitte senden Sie uns mit diesem Anmeldebogen, Ihren Einweisungsschein, Ihren Medikamentenplan und möglichst vollständig Ihre Befunde oder Berichte zu. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir prüfen Ihre Unterlagen und melden uns bei Ihnen per Telefon oder email.

Name (leserlich) Unterschrift einweisender Arzt / Stempel:

\_\_\_\_\_