

Checkliste Indikation zur stationären multimodalen
Schmerztherapie

Name; Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie diesen Fragebogen aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen.
Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem nächsten Termin mit. Für
Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

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 ohne Besserung
 beantragt abgelehnt
- ❖ Wurde bei Ihnen bereits eine Option (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

Fragebogen ausgefüllt von / evtl. mit Hilfe von: _____

Name (leserlich) Unterschrift Arzt / Stempel: _____