SCHWARZWALD-BAAR KLINIKUM

Regionales Schmerzzentrum Schwarzwald-Baar Klinikum

Anmeldebogen für ärztlich Zuweisende zur IMST

Patientendaten (bitte vollständig ausfüllen)

Patientenname/Vorname:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	PLZ/Wohnort:
Telefon/Mobil:	Emailadresse:

Schmerzdiagnosen:

☐ Kopfschmerzen
☐ Rückenschmerzen
☐ Ganzkörperschmerzen/Fibromyalgie
☐ HWS-Schmerzen
☐ Arthrose-Schmerzen
☐ CRPS (M. Sudeck)
☐ Neuropathische Schmerzen
☐ Bauchschmerzen / Endometriose
☐ Chron. postoperative Schmerzen
☐ Tumorschmerzen

☐ Schädlicher Gebrauch von Analgetika
☐ Relevante somatische Begleiterkrankungen_____

☐ Relevante psychische Begleiterkrankungen_____

Schmerzdauer: ☐ kürzer 3 Monate ☐ länger 3 Monate ☐ länger als 1 Jahr

Bisherige Therapien:	**Ja**	**Nein**	
Medikamente	☐	☐	
Entzugstherapie	☐	☐	
Krankengymnastik/MTT	☐	☐	
Psychotherapie	☐	☐	
Schmerzbedingte OP	☐	☐	wann?_____
Schmerzbedingt im Krankenhaus	☐	☐	wann?_____
Schmerzbezogene Reha	☐	☐	wann?_____

Soziale Auswirkungen			
Besteht Arbeitsunfähigkeit	☐	☐	seit wann?_____
Besteht Erwerbsminderungsrente	☐	☐	seit wann?_____
Rentenantrag gestellt/geplant	☐	☐	
Besteht ein Grad der Behinderung	☐	☐	
Besteht ein Pflegegrad	☐	☐	

Zuweisende Ärztin/Arzt: Stempel Datum/Unterschrift

Name_____
Gebiet_____
Ort_____
Telefon_____

Fragebogen bitte senden an:

KIM: anaesthesie-und-schmerzmedizin@sbk-vs.kim.telematik
Fax: 0771- 88 952690 Email: schmerzmedizin@sbk-vs.de