

Bitte zurück senden an:



PD Dr. med. Peter Iblher, MME
Chefarzt
Interdisziplinäres Schmerzzentrum (ISZ)

Interdisziplinäres Schmerzzentrum Fehmarn
ISZ
Sana Inselklinik Fehmarn
Mummendorfer Weg 12
23769 Fehmarn

Sekretariat:
Frank Bickel
Mummendorfer Weg 12
23769 Fehmarn
Tel: 04371 / 504-105
Fax: 04371 / 504-101
E-Mail: schmerzmedizin.ostholstein@sana.de
www.schmerzmedizin-ostholstein.de

vielen Dank für die Zuweisung Ihrer Patientin / Ihres Patienten.
Wir bitten Sie zur Vorbereitung der Aufnahme zur stationären Schmerztherapie um die nachfolgenden Patientendaten und Informationen. Bitte senden Sie uns diese postalisch, per E-Mail oder per Fax zu.

| | |
|---|---|
| Anrede: | Name, Vorname: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | |
| <input type="text"/> | |
| Adresse: | |
| <input type="text"/> | |
| E-Mail: | Telefon: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Krankenkasse: | |
| <input type="text"/> | |
| Versicherungsnummer: | |
| <input type="text"/> | |
| Wahlleistung: | Zuzahlungsbefreiung: |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Angehöriger / gesetzl. Vertreter: | |
| <input type="text"/> | |
| Adresse: | |
| <input type="text"/> | |
| Telefon: | |
| <input type="text"/> | |
| Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon): | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |

Bitte unbedingt folgende Unterlagen mit einreichen:

- Dieses Anschreiben, ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Aufnahme-Checkliste, Vorbefunde, Bildgebung

Diagnosen:

| |
|--|
| |
| |
| |

Wie hoch stufen Sie die Aufnahmepriorität ein:

Höchstdringlich Dringlich Mittel

Besteht eine Suizidgefährdung?

Ja Nein

Werden psychologische Therapieverfahren abgelehnt?

Ja Nein

Es besteht eine komplexe psychiatrische Komorbidität:

Ja Nein

Es besteht eine Medikamentenabhängigkeit oder ein Medikamentenübergebrauch:

Ja Nein

Es besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit:

Ja Nein

Es bestehen ansteckende Krankheiten:

Ja Nein

Falls ja, welche:

| |
|--|
| |
|--|

Ein Zimmer mit behindertengerechtem Bad, Toilette und Rollstuhl ist erforderlich:

Ja Nein

Pflegestufe:

| |
|--|
| |
|--|

Wobei wird Hilfe benötigt (z.B. Waschen, Baden Essen etc.):

| |
|--|
| |
|--|

Benötigte Hilfsmittel:

| |
|--|
| |
|--|

Bekannte Allergien:

| |
|--|
| |
|--|

Die Indikationsstellung wird im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung beurteilt. Hierfür sind unbedingt alle relevanten Vorbefunde erforderlich. Wir werden Sie und Ihre Patienten dann umgehend über die Entscheidung informieren und gegebenenfalls direkt einen stationären Aufnahmetermin vereinbaren.

Datum & Unterschrift / Stempel einweisende / r Ärztin / Arzt

Erklärung des Patienten:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich Einverstanden, dass sich das interdisziplinäre Schmerzzentrum Fehmarn mit mir per E-Mail und telefonisch in Verbindung setzen darf.

Datum & Unterschrift des Patienten/der Patientin

Aufnahme Checkliste:

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Zur Prüfung der individuellen stationären Behandlungsindikation bitten wir um die Beantwortung folgender Aussagen:

es besteht eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität. Bitte spezifizieren:

der Schmerz hat eigenständigen Krankheitswert mit schwerem Leidensdruck.

es besteht eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Bitte spezifizieren:

folgende vorherige unimodale Schmerzbehandlungen waren unzureichend wirksam:

folgende vorherige schmerzbedingte operative und interventionelle Maßnahmen erbrachten eine unzureichende Schmerzlinderung:

es besteht eine Abhängigkeit oder ein Fehlgebrauch folgender Medikamente:

In der Vergangenheit wurden bereits folgende Entzugsbehandlungen durchgeführt:

es bestehen folgende schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankungen:

es bestehen folgende gravierende somatische Begleiterkrankungen, die eine stationäre Schmerzbehandlung erforderlich machen:

Unterschrift/Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt