

CHECKLISTE:

Patientenanmeldung zur multimodalen Schmerztherapie

PATIENTENNAME: _____ ALTER: _____ TELEFON PATIENT: _____ DIAGNOSE (SCHMERZLOKALISATION): _____

Die folgenden Grundvoraussetzungen sind zur sinnvollen Patientensteuerung und zeitnahen Rückmeldung unerlässlich:

- Ausreichend körperliche Leistungsfähigkeit zur Teilnahme an aktivierenden Therapien (z.B. Nordic Walking)
- Ausreichend deutsche Sprachkenntnisse
- Aussagefähige Berichte bezüglich Schmerzlokalisierung und Gesamtzustand der Patienten
- Cave: Akute Schmerzexazerbationen müssen in die entsprechenden Akutkliniken eingewiesen und dort behandelt werden

Mind. 3 Merkmale (3x"Ja") müssen zutreffen, damit die Indikation gemäß OPS für eine multimodale Schmerztherapie besteht:

MERKMALE	ERLÄUTERUNG	
Manifeste oder drohende Beeinträchtigung von Lebensqualität und/oder Arbeitsfähigkeit	<input type="radio"/> Seit mehr als sechs Wochen bestehende/wiederholte Arbeitsunfähigkeit und/oder <input type="radio"/> Probleme am Arbeitsplatz und/oder <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> JA
Fehlschlag von vorheriger unimodaler Schmerztherapie, schmerzbedingter OP	<input type="radio"/> Fehlschlag bisheriger konservativer Maßnahme und/oder <input type="radio"/> Fehlschlag interventioneller/operativer Maßnahme und/oder <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> JA
Bestehender Medikamentenabusus oder -abhängigkeit	<input type="radio"/> Entzugsbehandlung, die eine kontinuierliche Überwachung fordert und/oder <input type="radio"/> Opiatdauertherapie und/oder <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> JA
Gravierende psychische Begleiterkrankungen	<input type="radio"/> Depression F32. F33. F) und/oder <input type="radio"/> Angststörung (F41.) und/oder <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> JA
Gravierende somatische Begleiterkrankung	<input type="radio"/> Begleiterkrankung, die eine Überwachung und/oder Mitbehandlung unter Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich macht. (Diagn.: _____)	<input type="radio"/> JA

Die folgenden Items sind keine zwingende Voraussetzung, aber hilfreich:

- Dysfunktionelle Schmerzbewältigung: Vermeidungsverhalten, Katastrophisieren, Durchhaltestrategie
- Schmerzbedingte Verminderung sozialer Kontakte, Rückzug
- Zusätzlich aufgetretene funktionelle Störungen, vegetative Symptomatik
- „Ärzte-Hopping“

- Nachvollziehbare Anamnese und Dokumentation des bisherigen Therapieverlaufs, aus dem sich im Einzelfall, trotz erfolgter ambulanter Diagnostik und Therapie, eine Schmerzpersistenz bzw. Schmerzprogredienz ableiten lässt.
- Medizinische Erforderlichkeit einer hohen Therapiedichte, die ambulant aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten nicht zu gewährleisten ist

Arztstempel

Bitte per FAX an die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Faxnummer **(0841) 8 80-4499**. Nach Faxeingang nehmen wir mit dem Patienten/der Patientin Kontakt auf und planen die Aufnahme. Der Patient benötigt für die stationäre Aufnahme eine Einweisung.

KLINIKUM INGOLSTADT GmbH
info@klinikum-ingolstadt.de | www.klinikum-ingolstadt.de

