



**Sehr geehrte niedergelassene Kolleginnen und Kollegen!**

Wir bitten Sie bei Einweisung von Patienten zur teil- oder vollstationären multimodalen Schmerztherapie um das Ausfüllen folgender Checkliste.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Schmerzbezogene Diagnose: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich für den o.g. Patienten das Vorliegen der Indikation zur Interdisziplinären Multimodalen Schmerztherapie (IMST):  
(3 von 5 Kriterien müssen erfüllt sein)

		Bitte ankreuzen
Manifeste oder drohende Beeinträchtigung von Lebensqualität und/oder Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Seit mehr als sechs Wochen bestehende/ wiederholte Arbeitsunfähigkeit und /oder <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja
Ausgeschöpfte indizierte Therapieoptionen/ Fehlschlag von vorheriger unimodaler Schmerz- therapie	<input type="checkbox"/> Fehlschlag bisheriger konservativer Maßnahme <input type="checkbox"/> Physiotherapie in den letzten 2 Monaten erhalten <input type="checkbox"/> Sonstiges:  <input type="checkbox"/> Fehlschlag interventioneller/operativer Maßnahme:	<input type="checkbox"/> Ja
Bestehender Medikamentenfehlgebrauch oder fehlende Wirksamkeit / häufige Steigerung	<input type="checkbox"/> Analgetika Über- oder Fehlgebrauch: <input type="checkbox"/> Opiatdauertherapie:	<input type="checkbox"/> Ja
Gravierende psychische Begleiterkrankungen	<input type="checkbox"/> Depression (F32. F33. ) <input type="checkbox"/> Angststörung (F41.) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja
Gravierende somatische Begleiterkrankungen - ggf. stichwortartig erläutern-	<input type="checkbox"/> Fortgeschrittenes Mobilitätsdefizit <input type="checkbox"/> Schwerwiegende neurologische Defizite <input type="checkbox"/> Pulmonale Erkrankung <input type="checkbox"/> Kardiale Erkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja

**Ergänzende Angaben**

- Körperliche Belastungsfähigkeit gegeben zur Teilnahme an aktivierenden Therapien wie z.B. Nordic Walking, 30min. Gehen am Stück?
- Ausreichend deutsche Sprachkenntnisse zur Teilnahme an psychotherapeutischen Behandlungsinhalten?

Arztstempel, Unterschrift:

  
  
  

Kontaktmöglichkeit zur Rücksprache zur internen Verwendung erbeten :

Bitte faxen Sie uns die ausgefüllte Checkliste in Absprache mit Ihrer Patientin / Ihrem Patienten  
 ➔ FAX- Nr. 0651/683-61503, gerne auch mit aussagekräftigen Befunden und einem nachvollziehbarem Behandlungsverlauf. Nach Eingang nehmen wir mit der Patientin / dem Patienten Kontakt auf und prüfen die Indikation für eine teil- oder vollstationäre Behandlung, ggf. auch im Rahmen eines prästationären Assessments.  
 Falls eine stationäre Aufnahme in Frage kommt, benötigen wir eine stationäre Einweisung.  
[Schmerzmedizin@mutterhaus.de](mailto:Schmerzmedizin@mutterhaus.de)



## - Optional -

### Ergänzende Angaben

<input type="checkbox"/> Dysfunktionale Schmerzbewältigung: Vermeidungsverhalten, Katastrophieren, Durchhaltestrategie	<input type="checkbox"/> Nachvollziehbare Anamnese und Dokumentation des bisherigen Therapieverlaufs, aus dem sich im Einzelfall, trotz erfolgter ambulanter Diagnostik und Therapie, eine Schmerzpersistenz bzw. Schmerzprogredienz ableiten lässt
<input type="checkbox"/> Schmerzbedingte Verminderung sozialer Kontakte, sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/> Medizinische Erforderlichkeit einer hohen Therapiedichte, die ambulant aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten nicht zu gewährleisten ist
<input type="checkbox"/> Zusätzlich aufgetretene funktionelle Störungen, vegetative Symptomatik, Schlaf	<input type="checkbox"/> „Ärzte-Hopping“

**Hinweis:** Das Fehlen geeigneter ambulanter oder teilstationärer Versorgungsstrukturen allein begründet nicht einen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung. In diesen Fällen muss ggf. eine Kostenzusage der Krankenkasse eingeholt werden unter Hinweis auf die fehlende Versorgungsstruktur.

### Weitere Angaben:

---

---

---

---

Es ist zunächst nur eine ambulante Vorstellung in der Sprechstunde gewünscht mit folgender Fragestellung:

---

---

---

---

**Es gibt Notfallsituationen (z.B. CRPS, akute Postzosterneuralgie), die einen unmittelbaren Beginn der multimodalen Schmerztherapie medizinisch begründen können. In diesen Fällen nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit unserer Schmerzambulanz auf.**

Arztstempel, Unterschrift:

Kontaktmöglichkeit zur Rücksprache zur internen Verwendung erbeten :