

**Schmerztherapie / Tagesklinik**  
**Krankenhaus Tabea**  
**Kösterbergstr. 32**  
**22587 Hamburg**

**F 040-86692-143 (nur digitale Faxe möglich)**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

bitte senden Sie uns diesen Fragebogen zusammen mit dem oder den letzten relevanten Befundberichten gerne als eingescanntes pdf per Mail an [schmerzzentrum@tabea-krankenhaus.de](mailto:schmerzzentrum@tabea-krankenhaus.de), alternativ als Brief oder per Fax (siehe links) zu. Wir melden uns dann direkt bei den Patienten bezüglich des weiteren Vorgehens.

Vielen Dank,  
Ihr Team der Schmerztherapie

### Fragebogen-Hausarzt/ einweisender Arzt

wir bieten Patienten/Patientinnen mit chronischen Schmerzen die Möglichkeit der teilstationären und stationären multimodalen Schmerztherapie an. Um die Dringlichkeit und die geeignete Therapie bei Ihrer Anmeldung zu erkennen möchten wir Sie um einige Angaben bitten. Sie können hier auch gerne einen Adresskleber einfügen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):  
\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Hauptdiagnose(n):** \_\_\_\_\_

Dauer der Schmerzen \_\_\_\_\_ (mind. 3 Monate)

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt? \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungsmaßnahmen sind bisher erfolgt?** \_\_\_\_\_

- |   |                             |                               |   |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Spritzen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Reha               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____              |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (fügen sie gerne den Medikationsplan bei) |

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bestehen Komorbiditäten?**  ja  nein Wenn ja, welche?

- |   |                                   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> KHK  | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz    | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> COPD     | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung |   |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, MS, Parkinson, etc.) _____ |                                   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |                                   |  |   |

Werden Hilfsmittel zur Mobilisation genutzt? (z.B. Rollator): \_\_\_\_\_

Ist die Patientin / der Patient in der Lage sich selbstständig zu versorgen?  ja  nein  
(Anziehen, Waschen, Duschen, etc.)

Befindet sich die Patientin / der Patient in einem laufenden Rentenverfahren?  ja  nein

Raum für Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Achtung: für alle Therapien sind ausreichende Deutschkenntnisse, d.h. eine gute Verständigung ohne Dolmetscher, notwendig!!**

Stempel/Unterschrift