

Schmerztherapie / Tagesklinik
Krankenhaus Tabea
Kösterbergstr. 32
22587 Hamburg

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, alternativ als Brief oder per Fax (siehe links) zu. Wir melden uns dann direkt bei den Patient*innen.

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

Fragebogen-Hausarzt*in/ einweisende/r Ärztin

wir bieten Patient*innen 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): _____

Zur einfachen Kontaktaufnahme geben Sie bitte die Email der Patient*innen an:

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