

**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-Hausärzt*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? _____

- | | | | |
|----------------------|------|--------|---|
| o Spritzen | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Reha | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Manuelle Therapie | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Osteopathie | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Krankengymnastik | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Akupunktur | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Psychotherapie | o ja | o nein | Wenn ja, wann zuletzt: _____ |
| o Schmerzmedikamente | o ja | o nein | (fügen sie gerne den Medikationsplan bei) |
- Wenn ja, welche: _____

- Bestehen Komorbiditäten?** o ja o nein Wenn ja, welche?
- | | | | |
|--|------------|-------------------------|--------------------|
| o KHK | o Diabetes | o Niereninsuffizienz | o Herzinsuffizienz |
| o Bluthochdruck | o COPD | o psychische Erkrankung | |
| o neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, MS, Parkinson, etc.) _____ | | | |
| o Sonstiges: _____ | | | |

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

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

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

Raum für Bemerkungen: _____

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

Stempel/Unterschrift