

Schmerztherapie / Tagesklinik
Krankenhaus Tabea
Kösterbergstr. 32, 22587 Hamburg
F 040-86692-143 (nur digitale Faxe möglich)

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.

Fragebogen-Hausarzt*in/ einweisende/r Ärzt*in

wir bieten Patient*innen mit chronischen Schmerzen die Möglichkeit der teilstationären und stationären multimodalen Schmerztherapie an. Voraussetzung dafür ist, dass ambulant zur Verfügung stehende Therapiemaßnahmen versucht und ausgeschöpft wurden und nicht erfolgreich waren. Um die Dringlichkeit und die geeignete Therapie bei Ihrer Anmeldung zu erkennen benötigen wir folgende Angaben. (Sie können hier auch gerne einen Adresskleber einfügen):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): _____

Die Patienten werden von uns ausschließlich per Email kontaktiert! Nur in Ausnahmefällen (wenn keine Email vorhanden) werden die Patienten telefonisch kontaktiert.

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?

KHK Diabetes Niereninsuffizienz Herzinsuffizienz
 Bluthochdruck COPD psychische Erkrankung
 neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, MS, Parkinson, etc.) _____
 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