

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

**F 040-86692-143**

Fragebogen-Hausarzt/ einweisender Arzt

**Anlage zur Einweisung/ Überweisung zur Schmerztherapie**

Datum: \_\_\_\_\_

betreffend Frau/Herrn \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

*Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,*

*wir bieten 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:*

**Hauptdiagnose** \_\_\_\_\_

**Dauer der Schmerzen** \_\_\_\_\_

**Liegen Untersuchungsbefunde zur Schmerzerkrankung des Patienten vor?**

Ja  Nein

Befunde soweit vorhanden bitte unbedingt beifügen

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

Befunde soweit vorhanden bitte unbedingt beifügen

**Bestehen Komorbiditäten?**

Ja  Nein

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Auf wessen Initiative erfolgt die Zuweisung?** \_\_\_\_\_

**Die Patientin/ der Patient verfügt über eine ausreichende Mobilität, um für eine teilstationäre Therapie die täglichen Wege in das Krankenhaus Tabea zu bewältigen.**

Ja  Nein

**Die Patientin/ der Patient ist motiviert am Therapieprogramm teilzunehmen.**

Ja  Nein

**Die Patientin/ der Patient kann sich ohne Hilfe auf Deutsch verständigen.**

Ja  Nein

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bei Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne telefonisch unter **040-86692-244** zur Verfügung.*

Stempel/ Unterschrift: