



Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin und Schmerzmedizin Direktorin: Prof. Dr. med. G. Beck  
Leiter des Schmerzzentrums: PD. Dr. med. M. Dusch

## Fragebogen für zuweisende Ärztinnen und Ärzte

Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Nummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

### Schmerzdiagnosen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen                               | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                       |
| <input type="checkbox"/> Chronische Ganzkörperschmerzen / Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> CRPS (Morbus Sudeck)                |
| <input type="checkbox"/> Tumorschmerzen                                | <input type="checkbox"/> Chronische Postoperative Schmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Neuropathische Schmerzen                      | <input type="checkbox"/> Arthrosebedingte Schmerzen          |
| <input type="checkbox"/> Unterleibsschmerzen / Endometriose            | <input type="checkbox"/> Schädlicher Gebrauch von Analgetika |
| <input type="checkbox"/> Relevante somatische Vorerkrankungen: _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Relevante psychische Vorerkrankungen: _____   |  |

### Schmerzdauer:

- kürzer als 3 Monate
- länger als 3 Monate  länger als 1 Jahr

### Bisherige Therapie:

	Ja	nein	wann?
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzbezogene Entzugstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankengymnastik / Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychologische Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzbezogene Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzbezogene Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzbezogene Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Soziale Auswirkungen:

	Ja	nein	(seit) wann?
Besteht eine Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist ein Rentenantrag geplant / gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Erwerbsunfähigkeitsrente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht ein Grad der Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Pflegestufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt:

Name: \_\_\_\_\_  
 Fachgebiet: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ausgefüllten Fragebogen bitte senden an:**

**Fax:**  
**Email:**

**0621-383 3826**  
**schmerzzentrum@umm.de**