



Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin und Schmerzmedizin Direktorin: Prof. Dr. med. G. Beck
www.umm.de/schmerzambulanz, Leiter: Prof. Dr. med. J. Benrath

Patientenanmeldung

Fax 0621-383 3826

Patientenname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nummer: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Vermutete Schmerzdiagnosen:

Nervenschmerzen

- Akuter Zoster/Postzosterneuralgie
- Bandscheibenprolaps
- Polyneuropathie (Alkohol, Diab. Mel., Chemother.)
- CRPS (M. Sudeck)
- Trigeminusneuralgie
- Plexusschaden
- Phantomschmerz

Chron. Rückenschmerzen

Rheuma/ Arthrose/ Arthritis

Fibromyalgiesyndrom

Tumorschmerz

laufendes/angestrebtes Rentenverfahren/GdB/MdE

Relevante weitere Diagnosen (Vorerkrankungen): _____

Kopfschmerz

- Spannungskopfschmerz
- Migräne
- Cluster

Schmerzdauer

- kürzer als 3 Monate
- länger als 3 Monate
- länger als 1 Jahr
- Ischämieschmerz
- Medikamentenabusus
- Sonstiges: _____

Bisherige Therapie:

Medikamente:

Nichtmedikamentöse Therapie:

Operationen:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Bemerkungen (z.B. psychiatrische Komorbidität):

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt:

Name: _____

Stempel:

Datum/Unterschrift:

Fachgebiet: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der speziellen Schmerztherapie im Schmerzzentrum der Patient/die Patientin von mir mit der vorgeschlagenen medikamentösen und/oder nichtmedikamentösen Therapie weiterbehandelt wird.