



Krankenhaus-Anmeldung

zur Durchführung der Multimodalen Schmerztherapie nach OPS 8-918
 (mit ausführlichem schmerztherapeutischen Bericht)

Patient
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße / Nr.:
PLZ / Wohnort:
Krankenkasse / Kostenträger:

Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zur multimodalen Schmerztherapie ist nach dem OPS 8-918 gegeben, wenn Patienten mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- Akute Schmerzdekompensation, ambulant nicht beherrschbar (§ 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG (G-AEP) A 10)
- Progredienz der Schmerzentwicklung oder der sensorischen, motorischen, funktionellen Störungen (§ 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG (G-AEP) A 10)
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen bzw. intermittierenden i.v. Medikation und/oder Infusionen (§ 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG (G-AEP) B 1)
- Physio/Ergotherapie sind schmerzbedingt nicht sinnvoll möglich
- Notwendigkeit, den Patienten aus seinem häuslichen Umfeld vorübergehend herauszunehmen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schmerzdiagnosen
ICD 10
ICD 10
ICD 10
ICD 10

Bericht zu Merkmal 1
 (manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit)
 Kurze Beschreibung der Schmerzen und daraus folgender körperlicher und psychischer/sozialer Beeinträchtigungen)

Bericht zu Merkmal 2
 (Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung)

Bisher durchgeführte Behandlungen:

Fachärztliche Behandlung durch	Medikation*
Spritzen/Akupunktur/Infusionen	Medikation (Schmerz- und Entzündungshemmer, Pflanzliche Arzneimittel, Opioide, Antidepressiva, Antikonvulsiv)
Weitere invasive Maßnahmen	Physiotherapie
Psychotherapie	Weitere ambulante Maßnahmen
Krankenhausbehandlungen	Rehabilitationsbehandlungen

Bericht zu Merkmal 3 (bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch)	

Bericht zu Merkmal 4 (schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung)	
	ICD 10
	ICD 10
	ICD 10
	ICD 10

Bericht zu Merkmal 5 (gravierende somatische Begleiterkrankung)	
	ICD 10
	ICD 10
	ICD 10
	ICD 10

Datum

Unterschrift des einweisenden Arztes

Klinik der Wahl durch den Patienten
in Abstimmung mit seinem behandelnden Arzt:

Klinik Öschelbronn gGmbH
Schmerztherapiezentrum
Am Eichhof 30
75223 Niefern-Öschelbronn
Telefon 07233 68-0, Fax 07233 68-110
info@klinik-oeschelbronn.de
www.klinik-oeschelbronn.de