



Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Klinik Öschelbronn gGmbH

Am Eichhof 30

75223 Niefern-Öschelbronn

z.Hd. Aufnahme

Fax: 07233 68133

E-Mail: [aufnahme@klinik-oeschelbronn.de](mailto:aufnahme@klinik-oeschelbronn.de)

**1.) Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung in den letzten 6 Monaten.**

- Behandlung beim **Hausarzt** (wegen der chronischen Schmerzen)?  nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

seit wann?: \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ Welche Medikamente, Spritzen, o.ä.?

\_\_\_\_\_

- Behandlung beim **FA Orthopädie / Schmerztherapeut**

Name: \_\_\_\_\_  nein  ja

seit wann? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ Welche Medikamente, Spritzen, o.ä.?

\_\_\_\_\_

- Behandlung beim **FA Neurologie/ Neurochirurgie?**

Name: \_\_\_\_\_  nein  ja

seit wann?: \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ Welche Medikamente, Spritzen, o.ä.?

\_\_\_\_\_

- **Entspannungsverfahren**  ja  nein, was ausstehend? \_\_\_\_\_

seit wann? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

- **Psychotherapie**  ja  nein, ausstehend? \_\_\_\_\_

seit wann? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

- Gab es bereits **stationäre bzw. operative Krankenhaus-Aufenthalte** aufgrund der beklagten Beschwerden?

nein

ja , Wenn ja, wann/wo:

Name: \_\_\_\_\_

- Gab es **Rehabilitationsmaßnahmen**:  nein  ja , ohne Besserung

wo? \_\_\_\_\_ wann? : \_\_\_\_\_

Beantragt  abgelehnt

- **Krankengymnastik/Massagen** in den letzten 6 Monaten:  nein \_\_\_\_\_  ja wie oft: \_\_\_\_\_

- Wurde bereits ein **Schmerzmittelentzug** durchgeführt?:  nein  ja wovon: \_\_\_\_\_
- Handelt es sich um eine **entgleiste akute Schmerzsymptomatik**, die auf die ambulanten Maßnahmen bisher nicht angesprochen hat?  ja  nein

## **2.) Bestehende Medikamentenabhängigkeit oder -Fehlgebrauch**

Nehmen Sie regelmäßig Schmerz- oder Beruhigungsmittel und ist die Menge/ Dosis in den letzten Monaten zunehmend?  nein  ja , welches Med.:

## **3.) Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit durch die Schmerzen**

Besteht schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Ist ein Rentenantrag geplant / gestellt?  ja  nein  abgelehnt / im Widerspruch?

Sind Sie durch die Schmerzen im Alltag relevant eingeschränkt?  nein  ja

Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre Stimmung und Aktivität?  nein  ja

## **4.) Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung**

Werden Ihre Schmerzen durch Stress oder Anspannung merklich beeinflusst?  nein  ja

Sind Sie öfters deprimiert wegen Ihrer Schmerzproblematik?  nein  ja

Ist bei Ihnen eine depressive Erkrankung oder ähnliches bekannt bzw. erhalten Sie Medikamente zur Stimmungs-Beeinflussung?  nein  ja welche? \_\_\_\_\_

## **5.) Schwerwiegende körperliche Begleiterkrankung**

Sind Sie aufgrund anderer internistischer Erkrankungen in regelmäßiger Behandlung?

nein  ja welche?:

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente dafür ein?  nein  ja, welche:

\_\_\_\_\_

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

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

**Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Bogen schnellst möglichst zukommen.  
Wir melden uns innerhalb einer Woche zurück!**

**Bitte senden Sie uns auch alle Arztbriefe, sowie alle Nachweise Ihrer ambulanten Maßnahmen mit. (z. Bsp. Krankengymnastik, Psychotherapie, etc.)**