

Name und Anschrift des Patienten



**Spezielle Schmerzmedizin**

Dr. med. Wolfgang Welke  
Facharzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin,  
Palliativmedizin, spez. Schmerztherapie,  
Akupunktur

Telefax: 02351-945-2511  
sekretariat.welke@hellersen.de

**Vom Patienten auszufüllen:**

Erklärung des Patienten: Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die Sportklinik Hellersen einverstanden.

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Vom Arzt auszufüllen:**

Dieses Procedere wird von den Kostenträgern vorgegeben und vom MDK geprüft.

- FBSS/Postnukleotomiesyndrom/Narbenkompression/Instabilität
- Wegen der identischen Diagnose in den letzten 12 Monaten stationär
- Opioid-Dauereinstellung
- Transdermales System
- WHO-Stufenschema ausgereizt
- Psychopharmaka-Therapie
- Psychotherapie laufend
- Psychische Verhaltensstörungen
- PRT/PDA's stattgehabt
- Schmerz-Pumpe
- Orthopädische Injektionsbehandlung ausgereizt
- Internistische, neurologische, orthopädische und sonstige Begleiterkrankungen
- Medikamentenabhängigkeit, Polytoxikomanie

Wir bitten Sie, uns vorab Befunde und einen aktuellen Medikamentenplan zu faxen, um zu klären, ob die Kriterien einer stationären multimodalen Schmerztherapie erfüllt werden.

**Diagnose:**

Praxisstempel