

## **Stationäre multimodale Schmerztherapie (MMS)**

### **Informationen für den einweisenden Arzt**

Um ihren Patienten in das Komplexprogramm der stationären multimodalen Schmerztherapie aufnehmen zu können, muss gewährleistet sein, dass er/sie in den letzten 6 Monaten in Behandlung gewesen ist.

Dabei müssen nachweislich alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft sein.

Auch sollte eine regelmäßige medikamentöse Analgesie eingeleitet sein.

Wenn Sie ihren Patienten bei uns anmelden möchten, füllen Sie bitte den angefügten Indikationsbogen detailliert aus und senden ihn per Fax an : 02351 945 2253.

Händigen sie bitte ihrem Pat. alle wichtigen Befunde aus:

- Internistische / orthopädische / neurologische / kardiologische Befunde etc.
- Therapieverlauf - Spritzen - was, wann, wohin
- aktuelle Medikamentenliste

Erst wenn uns alle Unterlagen und der vom Patienten ausgefüllte Schmerzfragebogen vorliegen, vereinbaren wir einen vorstationären Termin, bei dem das weitere Vorgehen mit ihrem Patienten besprochen wird.

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

FAX an 02351/945-2253

Algesiologie, Schmerztherapie

**Ltd. Arzt Dr. R. Spintge**

Facharzt für Anästhesiologie  
Spezielle Schmerztherapie

Telefax 02351 / 945 2253

www.sportklinik-hellersen.de

**Anmeldung zur  
stationären multimodalen Schmerztherapie (MMS)**

Herrn / Frau:

Zur Organisation des weiteren Ablaufs erfolgt seitens der Sportklinik ein Rückruf beim Patienten.

**Vom Patienten auszufüllen:**

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

Unterschrift: ..... Datum: .....

TELEFON: ..... HANDY: .....

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
- WHO-Stufenschema ausgereizt
- Psychopharmaka-Therapie
- PRT/PDAs stattgehabt
- Schmerz-Pumpe
- Psychotherapie laufend
- Orthopädische Behandlung inkl. Injektionen ausgereizt

\_\_\_ Anzahl der Injektionen im letzten Quartal

---

- Internistische, neurologische, orthopädische und sonstige Begleiterkrankung
- Psychische Verhaltensstörungen
- Medikamentenabhängigkeit, Polytoxikomanie

***Falls vorhanden, letzten Behandlungsplan bitte beifügen!***

**DIAGNOSE:**

.....

.....

.....

Praxis-Stempel

Telefon: .....

Unterschrift