

Patientenname und Kontaktdaten



Krankenhaus Bad Cannstatt  
Multimodale Schmerztherapie  
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart  
z.Hd. OA Dr. Stefan Junger  
Tel.: 0711-278-33133, Fax:-56303  
schmerzambulanz@klinikum-stuttgart.de

### **Checkliste Indikation zur stationären multimodalen Schmerztherapie**

Für die multimodale stationäre Schmerztherapiebehandlung müssen mindestens 3 der im Folgenden genannten 5 Voraussetzungen erfüllt sein.

#### **1.) Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung**

- Behandlung beim Hausarzt (wegen der chronischen Schmerzen)? nein ja  
seit wann: \_\_\_\_\_ Welche (Medikamente, Spritzen, o.ä.)? \_\_\_\_\_
- Behandlung beim FA Orthopädie nein ja seit wann: \_\_\_\_\_  
Welche (Medikamente, Spritzen, o.ä.)? \_\_\_\_\_
- Behandlung beim FA Neurologie/Neurochirurgie? nein ja seit wann: \_\_\_\_\_  
Welche (Medikamente, Spritzen, o.ä.)? \_\_\_\_\_
- Ambulante fachärztliche Therapie ausgeschöpft? ja nein was ausstehend? \_\_\_\_\_
- Gab es bereits stationäre Aufenthalte (Krankenhaus) aufgrund der beklagten Beschwerden?  
nein ja Wenn ja, wann/wo: \_\_\_\_\_
- Gab es Rehabilitationsmaßnahmen: nein ja ohne Besserung  beantragt  abgelehnt
- Wurde bei Ihnen bereits eine Operation (wegen der Schmerzen) in Erwägung gezogen oder für notwendig erachtet / durchgeführt? nein ja Welche?: \_\_\_\_\_  
Wann?: \_\_\_\_\_ Von wem?: \_\_\_\_\_
- Medikamentöse Behandlung (auch Schmerzmittel/Spritzen/Infusionen): nein ja  
Wenn ja, welche Medikamente: \_\_\_\_\_
- Krankengymnastik/Massagen in den letzten 4 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.: \_\_\_\_\_
- Haben Sie erfolglos versucht, ein Medikament zu reduzieren / abzusetzen?  nein  ja

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 chronischer Erkrankung in regelmäßiger Behandlung?  nein  ja welche?: \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente dafür ein?  nein  ja welche \_\_\_\_\_
- Liegen Lähmungserscheinungen oder Taubheitsgefühle vor?  ja  nein

Fragebogen ausgefüllt von/ evtl. mit Hilfe von:

\_\_\_\_\_

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

Name (leserlich) Unterschrift Arzt / Stempel: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen zur Schmerztherapie finden Sie unter [www.schmerzstation-stuttgart.de](http://www.schmerzstation-stuttgart.de)

**Bitte den ausgefüllten Bogen zufaxen (0711-278-56303) oder als Scan zumailen ([schmerzambulanz@klinikum-stuttgart.de](mailto:schmerzambulanz@klinikum-stuttgart.de)), wir melden uns innerhalb von 1-2 Tagen zurück!**