

Bitte zurück senden an

AMEOS Klinikum Fehmarn
Interdisziplinäre Schmerzmedizin
Mummendorfer Weg 12
23769 Fehmarn

Vor allem Gesundheit

AMEOS Klinikum Fehmarn
Mummendorfer Weg 12
D-23769 Fehmarn
Tel. +49 (0)4371 504-105
Fax +49 (0)4371 504-101
schmerzzentrum@ameos.de
www.ameos.eu/isz

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Zuweisung Ihrer Patientin / Ihres Patienten. Wir bitten Sie zur Vorbereitung der Aufnahme zur Schmerztherapie um die nachfolgenden Patientendaten und Informationen. Bitte senden Sie uns diese postalisch, per E-Mail oder per Fax zu.

Anrede Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

E-Mail

Telefon

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Wahlleistung

Ja

Nein

Zuzahlungsbefreiung

Ja

Nein

Angehöriger / gesetzl. Vertreter

Adresse

Telefon

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)

Bitte unbedingt folgende Unterlagen mit einreichen:

- Dieses Anschreiben, ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Aufnahme-Checkliste, Vorbefunde, Bildgebung

Diagnosen

Wie hoch stufen Sie die Aufnahmepriorität ein?

Höchstdringlich

Dringlich

Mittel

Besteht eine Suizidgefährdung?

Ja

Nein

Werden psychologische Therapieverfahren abgelehnt?

Ja

Nein

Es besteht eine komplexe psychiatrische Komorbidität

Ja

Nein

Es besteht eine Medikamentenabhängigkeit oder ein Medikamentenübergebrauch

Ja

Nein

Es besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit

Ja

Nein

Es bestehen ansteckende Krankheiten

Ja

Nein

Falls ja, welche?

Ein Zimmer mit behindertengerechtem Bad, Toilette und Rollstuhl ist erforderlich

Ja

Nein

Pflegestufe

Wobei wird Hilfe benötigt (z. B. Waschen, Baden Essen etc.)

Benötigte Hilfsmittel

Bekannte Allergien

Die Indikationsstellung wird im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung beurteilt. Hierfür sind unbedingt alle relevanten Vorbefunde erforderlich. Wir werden Sie und Ihre Patienten dann umgehend über die Entscheidung informieren und gegebenenfalls direkt einen stationären Aufnahmetermin vereinbaren.

Datum & Unterschrift / Stempel einweisende / r Ärztin / Arzt

Erklärung des Patienten:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich Einverstanden, dass sich das interdisziplinäre Schmerzzentrum Fehmarn mit mir per E-Mail und telefonisch in Verbindung setzen darf.

Datum & Unterschrift des Patienten / der Patientin

Aufnahme Checkliste

Name des Patienten

Geburtsdatum

Zur Prüfung der individuellen stationären Behandlungsindikation bitten wir um die Beantwortung folgender Aussagen

es besteht eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität. Bitte spezifizieren

der Schmerz hat eigenständigen Krankheitswert mit schwerem Leidensdruck.

es besteht eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Bitte spezifizieren

folgende vorherige unimodale Schmerzbehandlungen waren unzureichend wirksam

folgende vorherige schmerzbedingte operative und interventionelle Maßnahmen erbrachten eine unzureichende Schmerzlinderung

es besteht eine Abhängigkeit oder ein Fehlgebrauch folgender Medikamente

In der Vergangenheit wurden bereits folgende Entzugsbehandlungen durchgeführt

es bestehen folgende schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankungen

es bestehen folgende gravierende somatische Begleiterkrankungen, die eine stationäre Schmerzbehandlung erforderlich machen

Datum & Unterschrift / Stempel einweisende / r Ärztin / Arzt