



Arztfragebogen

Planung einer **stationären Krankenhauseinweisung**
zur **Durchführung einer Multimodalen Schmerztherapie** gemäß OPS 8-918
in der Migräne- und Kopfschmerzklinik in Königstein.

(Zulassung im Krankenhausplan des Landes Hessen nach § 108 SGB V)

**Zusätzlich zur Krankenhauseinweisung von der/m einweisenden/n Ärztin/
Arzt auszufüllen!**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ / Wohnort
Kostenträger / Kassenkasse	

Um die Aufnahmevoraussetzungen zur o.g. stationären Behandlung prüfen zu können,
benötigt die Klinik vorab folgende Informationen.

Bestehende Schmerzdiagnosen	ICD10

Die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung zur multimodalen Schmerztherapie ist gem. OPS 8-918 gegeben, wenn der Patient mind. drei der nachfolgenden **Kriterien** aufweist. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorhergehenden unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- Bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- Gravierende somatische Begleiterkrankungen

Bericht zu Kriterium 1

Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit

Kurze Beschreibung der Schmerzen sowie daraus folgender körperlicher und psychisch/sozialer Beeinträchtigungen

Bericht zu Kriterium 2

Fehlschlag einer vorhergehenden unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung

Bisher durchgeführte Behandlungen:

Fachärztliche Behandlung

Befundbericht
beiliegend

I.

Ja Nein

II.

Ja Nein

III.

Ja Nein

IV.

Ja Nein

V.

Ja Nein

Medikation

Spritzen / Akupunktur / Infusionen

Invasive Maßnahmen

Psychotherapie

Physiotherapie

Krankenhaus- / Rehabilitationsbehandlung

Weitere ambulante Behandlung

Bemerkungen



Bericht zu Kriterium 3

Fehlschlag einer vorhergehenden unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung

Bericht zu Kriterium 4

Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung

ICD10

Bericht zu Kriterium 5

Gravierende somatische Begleiterkrankung

ICD10

Bei dem Patienten besteht

Ja

Nein

Unklar

... eine ausreichende körperliche Belastbarkeit

... die Bereitschaft, 16 Tage an den Therapien teilzunehmen

... die Bereitschaft zur Teilnahme an den psychotherapeutischen Behandlungen

... die Möglichkeit zur ambulanten Vorstellung in der Klinik vor stat. Aufnahme

Besonderer Hinweis, z.B. zur Dringlichkeit

Arzt-Email: _____

- Stempel einweisender Arzt -

Migräne-Klinik Königstein

Ölmühlweg 31, 61462 Königstein

Tel 06174 – 2904 - 0

Fax 06174 – 2904 - 100

termin@migraene-klinik.de

Datum

Unterschrift