

**Anmeldung zur Schmerztherapie in Zeitz - per Fax: 03441 - 201 4409**

**Patienten-Daten:**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Relevante Medikation:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Check: Sind 3 von 5 Kriterien erfüllt?**

- Manifeste Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder Lebensqualität?
- Vorhergehende Schmerz-Behandlung (medikamentös, Physiotherapie, ..)?
- Medikamentenfehlgebrauch (Opiat-Fehlgebrauch, NSAR-Übergebrauch, ..)?
- Somatische Begleiterkrankung (Diabetes mell., Niereninsuff., Herzrhythmusstörung, ..)?
- Psychische Begleiterkrankung (Depression, Angst, aber auch Nikotinabusus, ..)?

**Mobilität:**

**Sonstiges:**

<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen	_____
<input type="checkbox"/> Gehstrecke reduziert	_____
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	_____
<input type="checkbox"/> Rollator	_____
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	_____

---

**Praxisstempel & Unterschrift Arzt / Ärztin**

Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Wir werden uns kurzfristig mit dem/der Patienten/-in in Verbindung setzen und das weitere Vorgehen besprechen. Sie erhalten dann ebenfalls Rückmeldung von uns.

Sie haben Fragen?  
SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH | Abteilung für Interdisziplinäre Schmerztherapie | Abt. für Physikalische und Rehabilitative Medizin | +49 3441 - 201 4401 | schmerztherapie.kbl@srh.de | Lindenallee 1, 06712 Zeitz