



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

Patienten-Daten:

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Diagnosen:

aktueller Medikationsplan

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:

- keine Einschränkungen
- Gehstrecke reduziert
- Unterarmgehstützen
- Rollator
- Rollstuhl

Sonstiges:

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.