



Fragebogen für Patient:innen zur Prüfung der Notwendigkeit einer stationären naturheilkundlichen Komplexbehandlung.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, um die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung nachzuweisen. Ihre Angaben helfen uns, den Anforderungen der Krankenkassen gerecht zu werden.

Beschwerdebild: Welche Beschwerden stehen aktuell im Vordergrund, die trotz ambulanter Maßnahmen nicht beherrschbar sind?

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)?

Chronifizierung: Bestehen Ihre Beschwerden seit mehr als 6 Monaten ohne wesentliche Besserung?

☐ Ja

☐ Nein

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt (z. B. MRT, CT, Röntgen)? Bitte notieren Sie auch den entsprechenden Monat und das Jahr und fügen Sie den schriftlichen Befund der Radiologie diesem Schreiben bei.

Ambulante Behandlungen: Welche ambulanten Therapien (z. B. durch Hausarzt, Fachärzte, Physiotherapie) haben Sie in den letzten 6 Monaten erhalten? Haben die bisherigen Behandlungen Ihre Beschwerden langfristig gelindert?

☐ Invasive Maßnahmen (z.B. Spritzen/Infusionen) durch einen Arzt – wenn ja:

Wie oft in den letzten 6 Monaten?

Wie lange hielt der Effekt an?

☐ physiotherapeutische und/oder ergotherapeutische Behandlungen?

Wie oft in den letzten 6 Monaten?

Wie lange hielt der Effekt an?

- ☐ Rehasport / Funktionstraining

Wie oft in den letzten 6 Monaten?

Wie lange hielt der Effekt an?

- ☐ andere Verfahren, wie z.B. Akupunktur, osteopathische Behandlungen, Besuch beim Heilpraktiker

Welches Verfahren?

Wie lange hielt der Effekt an?

- ☐ Medikamente (bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei)

Aktuelle Schmerzmedikation

Bereits erprobte Schmerzmittel, aber wieder abgesetzt weil:

Vorherige stationäre Aufenthalte: Gab es in den letzten 2 Jahren Krankenhausaufenthalte wegen den von Ihnen oben geschilderten Beschwerden?

Wenn ja: Wann und wo?

Schwere der Beschwerden: Wie stark schränken Ihre Beschwerden Ihr tägliches Leben ein?

- ☐ Leicht
☐ Mäßig
☐ Stark
☐ Sehr stark (z. B. Arbeitsunfähigkeit)

Bestehen weitere chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Erkrankungen der Lunge, ..)?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?

Medikamenten-Abhängigkeit: Sind Sie auf hochdosierte Schmerzmittel oder andere Medikamente angewiesen, deren Absetzen nicht möglich ist ?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Psychische Erkrankungen: Liegt bei Ihnen eine schwere psychische Erkrankung vor (z. B. akute Psychose, schwere Depression) ?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Gibt es weitere medizinische oder soziale Gründe, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen könnten? (z.B. schwankende Zuckerwerte, schwankende Blutdruckwerte, belastendes Umfeld)

Psychosoziale Belastungen: Gibt es psychosoziale Faktoren (z. B. Stress, familiäre Belastungen, berufliche Beanspruchung), die Ihre Beschwerden verschlimmern könnten?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

Behandlungsziel: Was erwarten Sie von der stationären Behandlung (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Lebensqualität)?

Sind Sie in der Lage, an moderaten körperlichen Aktivitäten wie Yoga und Tai Chi teilzunehmen und Anweisungen der Therapeuten zu folgen?

☐ Ja ☐ Nein

Selbstheilungspotenzial: Sind Sie bereit, aktiv an Ihrer Genesung mitzuwirken (z. B. durch Änderungen in Lebensstil, Ernährung oder Bewegung)?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie motiviert, die erlernten naturheilkundlichen Anwendungen nach dem stationären Aufenthalt selbstständig fortzuführen?

☐ Ja ☐ Nein

Hiermit bestätige ich die oben genannten Angaben richtig und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben sind für uns von großer Bedeutung, um die Notwendigkeit einer stationären naturheilkundlichen Komplexbehandlung sorgfältig prüfen zu können.

In Kürze werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um das weitere Vorgehen gemeinsam zu besprechen. Bitte denken Sie daran, uns einen aktuellen Medikamentenplan sowie relevante Befunde von bereits durchgeführten diagnostischen Untersuchungen zukommen zu lassen. Diese Unterlagen helfen uns, ein umfassendes Bild Ihrer gesundheitlichen Situation zu erhalten und Sie bestmöglich beraten zu können.

Wir bedanken uns herzlich für Ihr Vertrauen.

Ihr Team der Abt. für Schmerztherapie & Naturheilkunde am
SRH Klinikum Zeitz

SRH Klinikum Zeitz - E-Mail: schmerztherapie.kbl@srh.de – Tel. 03441 201 4401 Fax 03441 201 4409