



## 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 vom Einweisenden 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
II.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
III.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
IV.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
V.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Medikation</b>	<b>Spritzen / Akupunktur / Infusionen</b>
<b>Invasive Maßnahmen</b>	<b>Psychotherapie</b>
<b>Physiotherapie</b>	<b>Krankenhaus- / Rehabilitationsbehandlung</b>
<b>Weitere ambulante Behandlung</b>	<b>Bemerkungen</b>



<b>Bericht zu Kriterium 3</b> Fehlschlag einer vorhergehenden unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung

<b>Bericht zu Kriterium 4</b> Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung	<b>ICD10</b>

<b>Bericht zu Kriterium 5</b> Gravierende somatische Begleiterkrankung	<b>ICD10</b>

Bei dem Patienten besteht	Ja	Nein	Unklar
... eine ausreichende körperliche Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Bereitschaft, 16 Tage an den Therapien teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Bereitschaft zur Teilnahme an den psychotherapeutischen Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Möglichkeit zur ambulanten Vorstellung in der Klinik vor stat. Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderer Hinweis, z.B. zur Dringlichkeit	
Arzt-E-Mail: <span style="float: right;">- Stempel einweisender Arzt -</span>	<p><b>Migräne-Klinik Königstein</b>                  Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. C. Gaul                  Ölmühlweg 31, 61462 Königstein                  Tel 06174 – 2904 - 0                  Fax 06174 – 2904 - 100                  termin@migraene-klinik.de</p>
Datum	Unterschrift