

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Schmerz Tagesklinik
N26, EG, Raum 31
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Datum: _____

Fragebogen für einweisende Ärzt:innen

Anzumeldende:r Patient:in:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Kostenträger/Krankenkasse _____

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir bieten Patient:innen mit chronischen Schmerzen die Möglichkeit der teilstationären multimodalen Schmerztherapie in unserer UKE Schmerz Tagesklinik an. Um die geeignete Therapie bei Ihrer Anmeldung zu erkennen möchten wir Sie um einige Angaben bitten:

Hauptdiagnose: _____

Dauer der Schmerzen: _____

Liegen Untersuchungsbefunde zur Schmerzerkrankung des Patienten/der Patientin vor? Ja Nein

Befunde soweit vorhanden bitte unbedingt beifügen

Welche schmerzbasieren Therapien sind bisher erfolgt? _____

Befunde soweit vorhanden bitte unbedingt beifügen

Aktuelle Schmerzmedikation: _____

Bestehen Komorbiditäten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Auf wessen Initiative erfolgt die Zuweisung? _____

Der/die Patient:in kann täglich selbstständig in die Tagesklinik am UKE gelangen: Ja Nein

Der/die Patient:in kann sich ohne Hilfe auf Deutsch verständigen: Ja Nein

Der/die Patient:in hat ein laufendes Rentenbegehren: Ja Nein

Der/die Patient:in hatte bereits eine stationäre/teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie in den letzten 2 Jahren: Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Stempel/ Unterschrift: