

Überprüfung und Begründung der Indikation zur Aufnahme in eine teil- oder vollstationäre schmerztherapeutische Einrichtung

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Kode	Merkmale	Individuelle Indikation
I	Die Schwere der Schmerzerkrankung und die drohende Verschlechterung Chronifizierungsstadium I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	
A	Erfolglosigkeit der Vortherapie	
	Vorbehandler	
	Konservativ	
	Intervent.	
	operativ	
	Dauer	
B	Relevantes Fortschreiten der Schmerzerkrankung in den letzten 6 Monaten	
Somatisch	<input type="checkbox"/> Räumliche Ausbreitung des Schmerzbildes, Hinzutreten neuer Schmerz- und Beschwerdebilder; Wechsel des Schmerzcharakters, Zunahme der Schmerzdauer/Attacken <input type="checkbox"/> Relevante Zunahme der körperlichen Beeinträchtigungen oder Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Schmerzpersistenz oder Schmerzbildänderung nach operativer oder anderer interventioneller stationärer Therapie <input type="checkbox"/> Hinweise auf neuroplastische Veränderungen	
Psychisch	<input type="checkbox"/> Inadäquates Krankheitsverhalten <input type="checkbox"/> Zunahme des Medikamentengebrauchs oder des Fehlgebrauchs <input type="checkbox"/> Ineffektiver Medikamentenentzug in anderen stationären Einrichtungen <input type="checkbox"/> Therapiebedürftige psychosoziale Störung als Folge des chronischen Schmerzes	
Psycho-sozial	<input type="checkbox"/> Schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit von mehr als 2 Monaten <input type="checkbox"/> gravierende Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten oder sozialer Aktivitäten <input type="checkbox"/> soziale Konflikte <input type="checkbox"/> häufige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	
II A	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit umfassender interdisziplinärer Diagnostik zur Prüfung der Effektivität einer multimodalen Therapie	
II B	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit interdisziplinärer Therapieplanung vor multimodaler Therapie	
III	Überwachungsbedürftigkeit bei und nach invasiver Behandlung <input type="checkbox"/> wegen der eingriff- oder patientenbedingten Risiken <input type="checkbox"/> wegen Komplikationen nach ambulanter Behandlung	
IV	Schmerztherapie erschwerende Komorbiditäten <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen <input type="checkbox"/> Internistische, neurologische, orthopädische und sonstige Begleiterkrankung <input type="checkbox"/> Medikamentenabhängigkeit, Polytoxikomanie <input type="checkbox"/> Ambulant nicht indizierte Entzugsbehandlung <input type="checkbox"/> Fortgeschrittenes Stadium einer malignen oder benignen Erkrankung <input type="checkbox"/> Akute Schmerzdekompensation (Notfall-Schmerzbehandlung)	

Zustand des Patienten bei Aufnahme

Mobilität des Patienten

- ohne Hilfsmittel sicher eigenmobil
- mit vorh. Hilfsmittel sicher eigenmobil
- Mobilität nur mit personeller Unterstützung
- Mobilität nicht gegeben

Soziale Situation

- lebt in häusl. Gemeinschaft mit Angehörigen
- lebt allein, gute soziale Einbindung
- lebt allein, unzureichende soziale Einbindung
- professionelle häusl. Pflege vorhanden
- lebt in Pflegeheim
- unklare oder ungeordnete soziale Situation
- Patient steht unter gesetzlicher Betreuung

Patientenverhalten/ psychische Verfassung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kooperativ, verständlich | <input type="checkbox"/> desorientiert, dement |
| <input type="checkbox"/> agitiert, aggressiv | <input type="checkbox"/> psychotisch |
| <input type="checkbox"/> apathisch | <input type="checkbox"/> Koma/Stupor |
| <input type="checkbox"/> depressiv, ängstlich | <input type="checkbox"/> suicidal |
| <input type="checkbox"/> Krisenintervention | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung |

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

(ICD 10) _____

Aufnahmeentscheidung:

ambulante Behandlung ausreichend

prästationäre Behandlung zur Klärung des weiteren Vorgehens

teilstationäre Behandlung erforderlich

vollstationäre Behandlung erforderlich

Geplante Maßnahmen:

Multidiziplinäres Assessment

Multimodale Schmerztherapie, Programm:

.....

.....

.....

voraussichtliche Behandlungsdauer: Tage

Aufnahmedatum

Anmerkungen:

Datum

Name und Unterschrift Ärztin/Arzt

(innerhalb 24 Std. vom Facharzt gegenzuzeichnen, falls aufnehmender Arzt nicht Facharzt)