



Schmerzzentrum
Starnberger See
Tutzing - Feldafing

Zentrum für
Anästhesiologie,
Intensivmedizin,
Schmerzmedizin

Benedictus Krankenhaus
Feldafing GmbH & Co. KG
Thomas-Mann-Str. 6
82340 Feldafing
www.krankenhaus-feldafing.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

beiliegend erhalten Sie unseren Schmerzfragebogen. Dieser ist ein zentraler Bestandteil unserer Vorbereitung und hilft uns, Ihre Beschwerden und Ihre persönliche Situation bestmöglich zu verstehen.

Wir möchten Sie daher herzlich bitten, sich ausreichend Zeit zu nehmen und den Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Bitte prüfen Sie am Ende noch einmal, ob alle Fragen beantwortet sind.

Für eine fundierte Einschätzung benötigen wir zudem Ihre medizinischen Unterlagen der **letzten drei Jahre**. Bitte senden Sie uns **Kopien** aller relevanten Befunde zu (z.B. Arztbriefe, MRT-/CT-/Röntgenberichte, Entlassungsbriefe, psychologische oder psychotherapeutische Berichte, Gutachten oder Therapieanträge). Eine chronologische Sortierung der Unterlagen erleichtert uns die Bearbeitung sehr.

Bitte beachten Sie: Da Ihre Unterlagen digitalisiert werden, können eingesandte Dokumente leider nicht mehr zurückgesendet werden.
Digital können wir nur DATEN Scans als PDF mit MAX 2 MB annehmen.

Nach Eingang und sorgfältiger Prüfung Ihrer vollständigen Unterlagen entscheiden wir, ob wir Ihnen eine geeignete Therapie in unserem Zentrum anbieten können. In diesem Fall laden wir Sie zu einem persönlichen Assessmenttermin ein. Die Wartezeit hierfür beträgt in der Regel etwa 4 Wochen nach Eingang **aller** Unterlagen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir ohne vollständige Unterlagen keinen Termin zur Erstvorstellung vergeben können.

Bei Rückfragen sind wir gerne für Sie da:

Telefonzeiten:

Montag bis Donnerstag: 08:00 – 16:00 Uhr, Freitag: 08:00 – 13:00 Uhr

Telefon: 08157 28 - 5507; Fax: 089 255513 – 1704

bitte wenden >





Email: schmerzzentrum-bkf@artemed.de

Wichtige Informationen für Patientinnen und Patienten zur Vorstellung in unserem Schmerzzentrum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Vorstellung in unserem Schmerzzentrum.

Unser Behandlungskonzept basiert auf der **multimodalen Schmerztherapie**. Dabei werden medizinische, physiotherapeutische und psychologische Verfahren eng miteinander kombiniert. Diese Behandlungsform lebt von Ihrer **aktiven Mitarbeit** und setzt eine gewisse körperliche Belastbarkeit sowie Selbstständigkeit im Alltag voraus.

Für eine Teilnahme an unseren stationären oder tagesklinischen Therapieprogrammen ist es daher sehr wichtig, dass eine grundlegende Mobilität und Selbstversorgung gegeben sind. Nur so können Sie die verschiedenen Therapiebausteine sinnvoll nutzen und bestmöglich davon profitieren.

Vor einer möglichen Einladung zu einem persönlichen Vorstellungsgespräch (Assessment) prüfen wir zunächst sorgfältig Ihre Unterlagen. Sollte sich bereits hierbei zeigen, dass in unserem Behandlungsspektrum aktuell keine geeignete Therapieoption für Sie besteht, sehen wir in der Regel von einer Einladung ab. Dies geschieht ausschließlich, um Ihnen unnötige Wege und Enttäuschungen zu ersparen.

Bitte haben Sie zudem Verständnis dafür, dass auch ein Assessmentgespräch nicht automatisch zu einem Therapieplatz führt. Entscheidend ist, ob die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme an unserem multimodalen Therapieprogramm erfüllt sind.

Unser Ziel ist es, gemeinsam mit Ihnen die für Ihre individuelle Situation bestmögliche Behandlungsoption zu finden. Sollte sich im Rahmen des persönlichen Assessments zeigen, dass eine Therapie in unserem Haus nicht infrage kommt, unterstützen wir Sie – soweit möglich – gerne bei der Orientierung zu geeigneten Behandlungsalternativen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Herzliche Grüße

Ihr Team des Schmerzzentrums Starnberger See



**BENEDICTUS KRANKENHAUS
FELDAFING**

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Technischen Universität München

**Zentrum für
Anästhesiologie,
Intensivmedizin,
Schmerzmedizin**

schmerzzentrum-am-see.de



ausgefüllt zurück an: (oder per Mail an schmerzzentrum-bkf@artemed.de)

Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH & Co.KG
Sekretariat Schmerzzentrum Starnberger See
Thomas- Mann- Straße 6
82340 Feldafing

**Schmerzzentrum
Starnberger See**
Thomas-Mann-Str. 6
82340 Feldafing

Ihre individuelle Anmeldung im Schmerzzentrum Starnberger See

Der Schmerzfragenkatalog ist ein wichtiges Instrument zur Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzpatienten. Bitte senden Sie den Schmerzfragenkatalog **zusammen mit Kopien/Scans** aller relevanten **ärztlichen Befunde** (unbedingt bitte auch Befunde von evtl. schmerzmedizinischen, psychosomatischen oder psychiatrischen Behandlungen) und MRT/CT/Röntgen-**Befunde der letzten 2 Jahre** baldmöglichst **digital oder postalisch** an uns zurück.

Prof. Dr. med. habil. Rainer Freynhagen, DEAA, EDPM
Chefarzt & Leiter des Zentrums

Dr. med. Hubertus Matzner
Geschäftsführender Oberarzt

Dr. med. Knut Röhrich
Leitender Arzt Anästhesiologie
& Palliativmedizin

Dr. med. Jörg Schreiber
Leitender Arzt Intensivmedizin

Dr. med. Carolin Bühler-Göpfert
Oberärztin

*Die * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Ihre Daten gelangen ausschließlich an uns zurück und werden an niemandem Dritten weitergeleitet.*

Martin Fritsch
Oberarzt

Ihre persönlichen Daten*

Dr. med. Susanne Neumahr
Oberärztin

Name* : Vorname* :

Dipl.-Psych. Daniel Su-Schroll
Leitender Psychologe

Mann Frau divers

Dr. med. Thomas Reiter
Oberarzt

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*:

Mike Schuy
Oberarzt

Nationalität:

Dr. med. Mirjana Slijepcevic, MMHM
Oberärztin

Muttersprache*:

verheiratet geschieden Lebensgemeinschaft ledig

Sekretariat
Mo - Fr 08:00 – 16:00 Uhr
T 08157 / 28 - 5507
F 089 255513 - 1704
schmerzzentrum-bkf@artemed.de

Wohnort, PLZ, Straße*:

E-Mail*:



Festnetz-/Mobilnummer*:

Krankenversicherung*

gesetzlich privat Sonstiges





Ihre soziale Situation*

Berufsausbildung:

Aktueller Beruf:

aktuell arbeitsunfähig seit..... arbeitslos seit..... aktuell berentet

Rentsituation: Altersrente Erwerbsminderungsrente laufendes Verfahren

Besteht eine gesetzliche Betreuung für rechtliche, gesundheitliche Fragen?

Wenn ja, Name des Betreuers:.....

GDB (Höhe) Pflegegrad (Höhe)

Medizinische Fragen*:

Leiden Sie an weiteren relevanten Erkrankungen* (aktuell oder früher)?

(z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Nierenerkrankung, Rheuma etc)

.....
.....
.....

Haben Sie Allergien? Nein wenn ja, welche.....

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell*? Bitte Medikationsplan beifügen!

(z.B. Ibuprofen 600 mg 1-0-1)

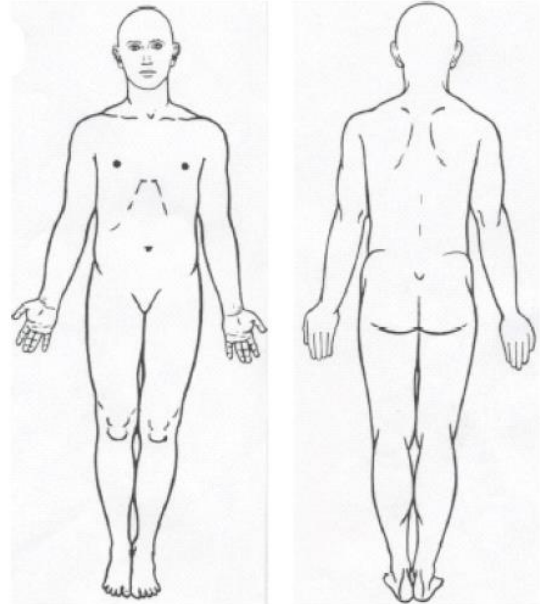


Schmerzbezogene Fragen*

Seit wann besteht der **Hauptschmerz**?

Wo genau ist Ihr **Hauptschmerz** lokalisiert und welche Ausstrahlung besteht?

.....
.....
.....
.....



Gibt es zudem weitere Schmerzorte?

.....

Wie genau fühlt sich **der Hauptschmerz** an?

(z.B. brennend, stechend, drückend, ziehend, ...)

.....
.....

Wie stark empfinden Sie den Hauptschmerz im Durchschnitt auf einer Skala von 1-10?

Hierbei bedeutet 0 – „kein Schmerz“ und 10 – „stärkster vorstellbarer Schmerz“

.....

Was **beeinflusst** die Schmerzen positiv und/oder negativ?

.....
.....

Was ist Ihrer Meinung nach die **Ursache** der Schmerzen?

.....

Welche **Therapie** haben Sie aktuell:(z.B. Krankengymnastik, Rehasport, Ergotherapie,.....)

.....

Leiden Sie zusätzlich zu diesen Hauptschmerzen häufiger an **Kopfschmerzen**?*

ja

nein

Körpergröße* (cm)

Körpergewicht* (kg)



Wie lang ist Ihre **Gehstrecke** in Metern? Meter

- Ich benötige **Hilfsmittel** zum Gehen (Rollator, Rollstuhl o.ä.)
- Ich benötige **Hilfe** bei Mobilisation aus Stuhl/Bett, bei Körperpflege, Ankleiden

Gab es schmerzbezogene stationäre Vorbehandlungen mit **Multimodaler Schmerztherapie** in den letzten Jahren*? Wenn ja: wo und wann, bitte Arztbriefe beifügen?

.....

Gab es **Reha-Maßnahmen** in den letzten Jahren? Wenn ja, wann und wo, Arztbriefe beifügen)

.....

.....

Gab es oder gibt es laufende Behandlungen durch **Psychologen, Psychosomatik, Psychiatrie***?

.....

.....

Welche **Schmerzmedikamente** haben Sie schon ausprobiert? Bitte Dosierung und Grund des Absetzens angeben:

.....

.....

Gab es **schmerzbezogene Operationen** in den letzten Jahren? Bitte Arztbriefe beifügen.

.....

.....

Gab es **schmerzbezogene Infiltrationen/Injektionen** in den letzten Jahren?

.....

Was ist Ihr **persönliches Therapieziel** für eine Schmerzbehandlung in unserer Klinik?

.....

.....

Therapieempfehlender/einweisender Arzt/Ärztin:

Für Rückfragen kontaktieren Sie gerne unser Sekretariat unter

schmerzzentrum-bkf@artemed.de oder T 08157-28-5507 ©SchmerzzentrumStarnbergerSee