

## Indikationsbogen für Einweiser:

Name: _____
Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich für o.g. Patient\*in das Vorliegen  
der Indikation zur Interdisziplinären Multimodalen  
Schmerztherapie (IMST):

### **Mindestens 3 Kriterien müssen erfüllt sein!**

Obligatorisch: Schmerzen seit >3 Monaten und

- ambulante Vorbehandlungen sind in ausreichendem Maße erfolgt und nicht genügend hilfreich
- die Arbeits-/Alltagsfähigkeit ist bedroht oder bereits deutlich beeinträchtigt
- es bestehen Begleiterkrankungen, die die Überwachung und/oder Mitbehandlung unter den besonderen Ressourcen eines Krankenhauses erforderlich mache.
- es gibt eine Medikamentenproblematik, z. B. Notwendigkeit der Schmerzmittelumstellung/ eines Opioidenzuges oder es liegt ein Schmerzmittelübergebrauch vor
- eine anhaltende Schmerzchronifizierung bei Erkrankungen wie CRPS oder Postzosterneuralgie droht
- es bestehen schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankungen, welche eine weitere Schmerzchronifizierung fördern (z. B. Depression, Angststörungen, PTBS)
- Einweisung zu einem expliziten Therapieversuch mit Cannabinoiden [nur durch einen niedergelassenen Schmerztherapeuten]

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift

<p>Rheinland Klinikum Neuss GmbH  Preußenstraße 84 41464 Neuss</p>	<p>Gesellschaftervertreter Hans-Jürgen Petruschke Landrat des Rhein-Kreises Neuss Reiner Breuer Bürgermeister der Stadt Neuss</p>	<p>Geschäftsführung Nicole Rohde</p>	<p>Amtsgericht Neuss HRB 4643 Sparkasse Neuss  IBAN DE45 3055 0000 0000 3139 99 BIC WELADEDNXXX</p>
--	---	--	---

### Zentrumsdirektor

PD Dr. med. S. Weiterer

### Klinik für Schmerzmedizin Ärztliche Leitung:

Frau Y. Spichal  
Herr Dr. med. J. S. Okroglic

Dr. Geldmacher - Straße 20  
41540 Dormagen

### Koordinationsstelle:

Frau N. Heinz  
Frau S. Noé

[schmerzmedizin@rheinlandklinikum.de](mailto:schmerzmedizin@rheinlandklinikum.de)

Durchwahl: 02133 66 4522 / 23  
Fax: 02133 66 2523

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie