

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

**Zentrumsdirektor**

Herr 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

**Indikationsbogen für Einweiser:**

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 machen
- es gibt eine Medikamentenproblematik, z. B. Notwendigkeit der Schmerzmittelumstellung / eines Opioidzuges 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

**Bitte beachten:**

Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass Inhalte der überwiegend sprachbasierten Therapie eigenständig verstanden und aktiv umgesetzt werden können.

**Die multimodale stationäre Schmerztherapie kommt nicht in Frage, wenn mindestens einer der folgenden Punkte zutrifft:**

- Suchterkrankung mit aktuellem Konsum
- akute Psychosen
- akute Eigen- und Fremdgefährdung
- fehlende Bereitschaft oder körperliche Ressourcen zur regelmäßigen Teilnahme am therapeutischen Angebot
- fortgeschrittene Demenzerkrankungen

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift