

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

Rheinland Klinikum
Neuss GmbH

Preußenstraße 84
41464 Neuss

Gesellschaftervertreter
Hans-Jürgen Petruschke
Landrat des Rhein-Kreises Neuss
Reiner Breuer
Bürgermeister der Stadt Neuss

Geschäftsführung
Nicole Rohde

Amtsgericht Neuss
HRB 4643
Sparkasse Neuss
IBAN DE45 3055 0000 0000 3139 99
BIC WELADEDNXXX

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

Durchwahl 02181 600 7580
Fax 02181 600 5563

schmerzmedizin@rheinlandklinikum.de

Ab 01.06. neue Nummern:

Durchwahl: 02133 66 4522
Fax: 02133 66 2523

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie