

**Indikationsbogen für Einweiser:**

Name: _____
Geburtsdatum: _____

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

***Mindestens drei 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]

**Zentrum für Anästhesie,  
Intensiv-, Notfall- und  
Schmerzmedizin (AINS)**  
Zentrumsdirektor  
PD Dr. med. Sebastian Weiterer

**Klinik für Schmerzmedizin**  
Ärztliche Leitung:  
Yvonne Spichal  
Dr. med. Jan Sebastian Okroglic

Von-Werth-Str. 5  
41515 Grevenbroich

**Koordinationsstelle**  
Frau Nadine Heinz  
Frau Susanne Noé  
Durchwahl 02181 600-7580  
Telefax 02181 600-5563  
schmerzmedizin@kkh-ne.de

interdisziplinäre multimodale  
Schmerztherapie

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

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