

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

**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@rheinlandklinikum.de

interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie