

Anmeldung zur Interdisziplinären Multimodalen Stationären Schmerztherapie



Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Email: _____

Diagnosen (ICD oder Freitext): _____

Einweisungsgrund: _____

Psychische Komorbiditäten: _____

Dauermedikation: _____

Hausarzt:

Praxis: _____

Telefonnummer: _____

Bitte mitübersenden:

- Vortherapien (ambulant / stationär)
- Informationen zu relevanten Erkrankungen
- Bildgebungen (MRT/CT/Röntgen) inkl. Befunde
- Facharztberichte
- OP-Berichte
- Reha-Berichte