

Zentrum für Schmerzmedizin Westmünsterland

Leitender Arzt: Dr. med. Christian Zimmer



St. Marien-Hospital Borken

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben eine Krankenhauseinweisung für eine stationäre Schmerztherapie erhalten und interessieren sich für eine Aufnahme in unserem Krankenhaus. Wir bedanken uns für das in uns gesetzte Vertrauen.

Laut Sozialgesetzbuch müssen wir als Krankenhaus Ihre Behandlungsbedürftigkeit überprüfen. Dafür benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie darum, alle Formulare und Fragebögen möglichst vollständig auszufüllen und zurückzusenden oder bei uns abzugeben. Außerdem reichen Sie uns bitte Vorbefunde aller vorhergehenden Behandlungen ein. Ebenso bitten wir Sie um Angabe einer Emailadresse. Auf diese werden wir Ihnen einen Link zu einem Fragebogen senden, den Sie zu Hause an Tablet oder Computer bitte wahrheitsgemäß, sorgfältig und möglichst vollständig ausfüllen. Je früher uns die Unterlagen vollständig vorliegen, umso eher können wir eine Entscheidung über eine stationäre Schmerztherapie treffen. Ohne die vollständigen Unterlagen können wir Ihre Anfrage leider nicht bearbeiten.

1. Persönliche Daten

Vorname und Name

_____._____._____
Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Emailadresse

Telefonnummer

Einweisender Arzt/Ärztin

Fachrichtung

Hausarzt/Hausärztin

Krankenkasse / BG (Aktenzeichen, Unfalltag)

2. Stationäre Vorbehandlungen

Welche stationären Behandlungen fanden in den letzten zwei Jahren statt (einschließlich Reha/Schmerztherapie und Operationen)?

Klinik

Ort

Zeitraum

Abteilung/Fachrichtung

Grund der Behandlung

Schmerzen gebessert?

Klinik

Ort

Zeitraum

Abteilung/Fachrichtung

Grund der Behandlung

Schmerzen gebessert?

Welche ambulanten ärztlichen Therapiemaßnahmen wurden bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten vor der jetzt geplanten stationären Aufnahme durchgeführt?

Wurden in den letzten sechs Monaten ambulant Krankengymnastik / Physiotherapie / Massagen / Elektrotherapie / Lymphdrainagen / Manuelle Medizin / Osteopathie / Akupunktur / Rehasport / Präventivprogramme der Krankenkassen oder Ähnliches bei Ihnen durchgeführt?

Therapie	Anzahl	Zeitraum
1. Therapie		
2. Therapie		
3. Therapie		
4. Therapie		
5. Therapie		
6. Therapie		
7. Therapie		
8. Therapie		
9. Therapie		
10. Therapie		
11. Therapie		
12. Therapie		
13. Therapie		
14. Therapie		
15. Therapie		
16. Therapie		
17. Therapie		
18. Therapie		
19. Therapie		
20. Therapie		
21. Therapie		
22. Therapie		
23. Therapie		
24. Therapie		
25. Therapie		
26. Therapie		
27. Therapie		
28. Therapie		
29. Therapie		
30. Therapie		
31. Therapie		
32. Therapie		
33. Therapie		
34. Therapie		
35. Therapie		
36. Therapie		
37. Therapie		
38. Therapie		
39. Therapie		
40. Therapie		
41. Therapie		
42. Therapie		
43. Therapie		
44. Therapie		
45. Therapie		
46. Therapie		
47. Therapie		
48. Therapie		
49. Therapie		
50. Therapie		
51. Therapie		
52. Therapie		
53. Therapie		
54. Therapie		
55. Therapie		
56. Therapie		
57. Therapie		
58. Therapie		
59. Therapie		
60. Therapie		
61. Therapie		
62. Therapie		
63. Therapie		
64. Therapie		
65. Therapie		
66. Therapie		
67. Therapie		
68. Therapie		
69. Therapie		
70. Therapie		
71. Therapie		
72. Therapie		
73. Therapie		
74. Therapie		
75. Therapie		
76. Therapie		
77. Therapie		
78. Therapie		
79. Therapie		
80. Therapie		
81. Therapie		
82. Therapie		
83. Therapie		
84. Therapie		
85. Therapie		
86. Therapie		
87. Therapie		
88. Therapie		
89. Therapie		
90. Therapie		
91. Therapie		
92. Therapie		
93. Therapie		
94. Therapie		
95. Therapie		
96. Therapie		
97. Therapie		
98. Therapie		
99. Therapie		
100. Therapie		

5. Schmerzmittel

Welche Schmerzmittel wurden in Bezug auf die aktuellen Beschwerden in der Vergangenheit eingenommen?

Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	
Medikament	Dosierung (mg/Tbl.)	Einnahme (z.B. 1-0-1)
Wirkung	Nebenwirkungen	

6. Weitere Maßnahmen

Welche sonstigen Maßnahmen, auch selbst finanzierte, fanden statt (Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Sport in Eigenregie etc.)

Therapie	Zeitraum
Therapie	Zeitraum

7. Arbeitsunfähigkeit

Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?

Ja, seit dem ____ Nein

Bitte geben Sie hier die Zeiten Ihrer **schmerzbedingten** Arbeitsunfähigkeit an.

Arbeitsunfähig von _____ bis _____ wegen _____

Arbeitsunfähig von _____ bis _____ wegen _____

8. Zeitlicher Verlauf und Gehstrecke

Wie lange leiden Sie schon unter chronischen Schmerzen? _____ Tage/Wochen/Monate/Jahre

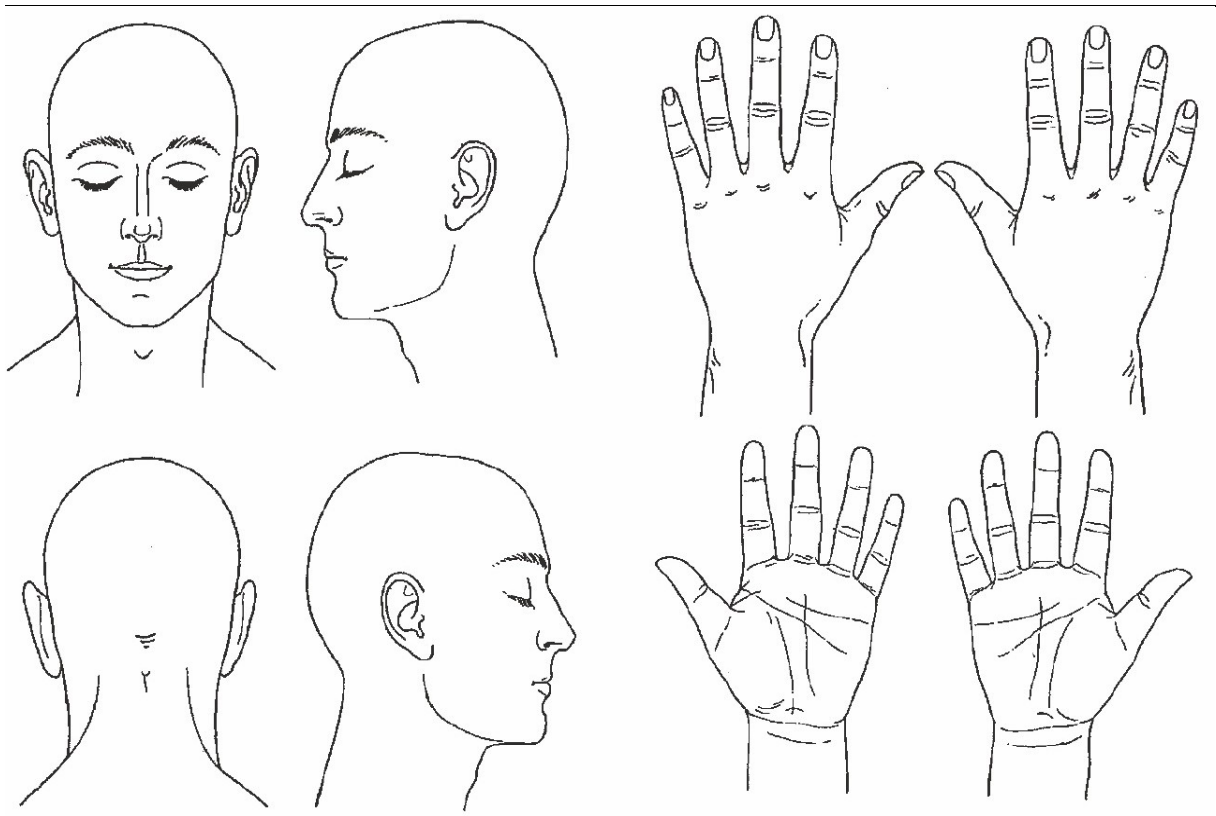
Wie lange leiden Sie schon unter den aktuellen Schmerzen? _____ Tage/Wochen/Monate/Jahre

Wie weit könne Sie gehen? _____ Meter ohne Hilfsmittel _____ mit Hilfsmittel (z. B. Rollator)

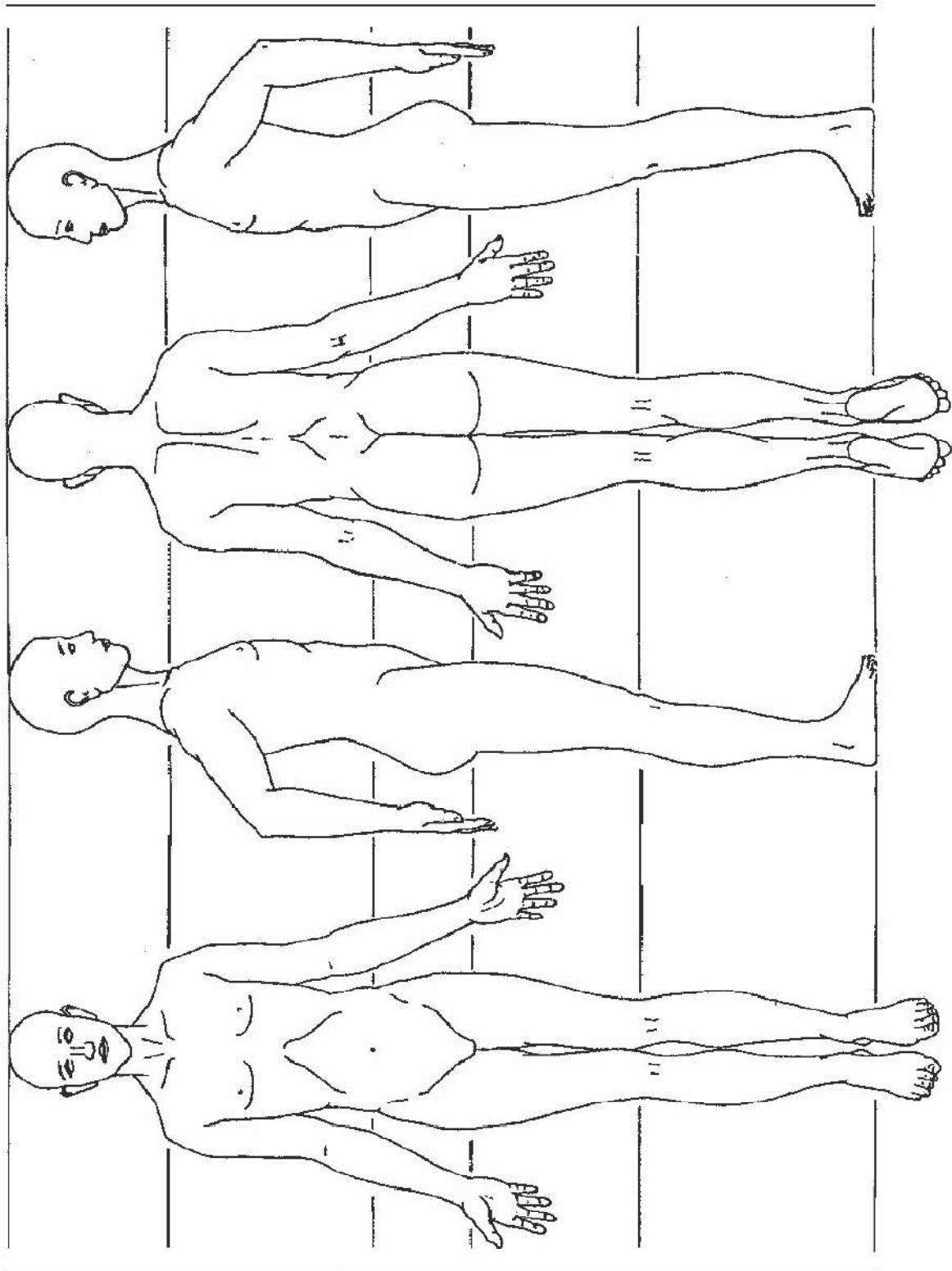
9. Wo sind Ihre Schmerzen?

Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzen in das beiliegende Körperschema ein. Sie können gerne verschiedene Farben benutzen und zusätzliche Beschriftungen anbringen. Hier können Sie nichts falsch machen.

Körperschema Teil 1



Körperschema Teil 2



10. Datum und Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

(Stand 27.07.2026 MB)