

Anmeldung zur Schmerzbehandlung

Sehr geehrte PatientIn,

wir freuen uns, dass Sie unser schulmedizinisches Kompetenzzentrum für die Schmerzbehandlung ausgewählt haben. In unserer Ambulanz werden PatientInnen mit chronischen Schmerzsyndromen diagnostisch und therapeutisch betreut.

PatientInnen mit chronischen Schmerzen am Bewegungsapparat einschließlich Rückenschmerzen, mit Migräne und anderen Kopfschmerzen, Phantomschmerzen, Neuralgien und komplexen neuropathischen Krankheitsbildern, sowie Schmerzen im Rahmen einer Tumorerkrankung können bei uns ambulant und stationär behandelt werden. Darüber hinaus steht unser Journal-Schmerzdienst 24 Stunden - 7 Tage in der Woche für akute Schmerzfragestellungen bei stationären SchmerzpatientInnen im AKH zur Verfügung.

Neben der differenzierten medikamentösen Behandlung kommen anerkannte additive Verfahren der Schmerztherapie zum Einsatz: transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Biofeedback, Iontophorese, Körper- und Ohrakupunktur, sowie Lasertherapie. Zusätzlich werden Sie bei längerer Chronifizierung durch PsychologInnen mit Schmerzbewältigungsmethoden vertraut gemacht. In Zusammenarbeit mit dem Konsiliar-Liaison-Dienst der Abteilung Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung bieten wir verhaltenstherapeutische Behandlungen an. Im Rahmen unseres multimodal ausgerichteten Behandlungskonzeptes erfolgt die physikalische Therapie an der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Bei Schmerzen, die auf eine konservative Therapie nicht ansprechen, können wir bei entsprechender Indikation lokale Infiltrationen, durchleuchtungs- und ultraschallgezielte Nervenblockaden, Ganglionäre Lokale Opioid-Analgesie (GLOA), periphere Plexusanalgesien, epidurale und spinale Applikation von Analgetika, Patienten-kontrollierte Analgesie (PCA) bis hin zur Implantation Mikroprozessorgesteuerter Schmerzmittelpumpen und elektronischer Rückenmarkstimulationsaggregate (SCS und STS) durchführen.

Da wir über keine eigene Bettenstation verfügen, werden Sie in einem Gastbett einer stationsführenden Abteilung des AKH untergebracht

Sie finden uns im AKH, Währinger Gürtel 18-20, roter Bettenturm, Ebene 9, Leitstelle 9i, **Montag bis Freitag von 7:30 bis 15:00 Uhr.**

Um Ihnen lange Ambulanz-Wartezeiten zu ersparen, betreiben wir unter der **Telefonnummer: 01/40400-41660** eine Terminambulanz mit vorheriger Terminvergabe, bei der Sie einer ÄrztIn zugewiesen werden. **Bis zum Erstvorstellungstermin lassen Sie sich zunächst durch Ihren Haus- oder niedergelassenen Facharzt weiter behandeln.** Eine Überweisung vom Facharzt ist für eine Erstvorstellungsterminvergabe unbedingt erforderlich. Für eine zügige Abwicklung Ihrer Anmeldung bitten wir Sie, die Fragen sowie den Ihnen übergebenen (zugesandten) Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über Ihre Schmerzproblematik zu gewinnen.

Leiter: O.Univ.-Prof. DDR. Hans Georg Kress, EDPM, FFPMCAI
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Schmerzambulanz: Leitstelle 9I: Tel.: +43-1-40400-41660
Fax: +43-1-40400-41650
post_akh_ls_9i@akhwien.at

Anmeldebogen

Alle Informationen, die wir aus diesem Fragebogen erhalten, unterliegen dem Datenschutz. Bitte den Fragebogen vollständig ausgefüllt uns zu übermitteln. Nur ausgefüllte Fragebögen werden bearbeitet, da sie für unsere Anamnese wichtig sind.

Nur wenn die ausgefüllten Anmelde- und Fragebögen zusammen mit einer Überweisung vom Facharzt an die Leitstelle 9I retourniert werden, erhalten Sie einen Erstvorstellungstermin. Bitte beachten Sie: Ohne fachärztliche Überweisung kann kein Erstvorstellungstermin vergeben werden! Der Termin wird Ihnen telefonisch oder schriftlich per Post oder E-Mail mitgeteilt.

Geben Sie bitte durch Ankreuzen die Art Ihrer Krankenversicherung an:

- Gesetzlich versichert bei:
- Selbstzahler
- Zusatzversicherung bei:
- Privat versichert bei:
- Versicherungsnummer

Bitte tragen Sie **in Druckschrift** Ihre Telefonnummer und Anschrift, unter der wir Sie erreichen, ein.

Familienname:

Vorname:

Strasse, Hausnummer, Stiege, Türnummer:

Postleitzahl, Stadt:

Email-Adresse:

Telefon:

Bitte bringen Sie zum Erstvorstellungstermin diese Benachrichtigung, eine Überweisung von Ihrem Facharzt sowie sämtliche aktuellen Befunde, Arztbriefe, Krankenhaus- und Reha-Berichte (etwa der vergangenen 12 Monate) mit.

Bei Verhinderung oder Krankheit bitten wir um rechtzeitige Stornierung des Termins. Wenn der Termin nicht abgesagt wird und Sie unentschuldigt fernbleiben, werden Sie nach hinten gereiht, da unsere Termine dringend für andere Patienten benötigt werden.

Wird durch die Schmerzambulanz ausgefüllt:

Termin zur Erstvorstellung: _____

Angerufen von: _____, am: _____, um: _____



Die menschliche Größe

Patientenname und -adresse

Anamnese-Fragebogen für die Schmerztherapie

Liebe Patientin, lieber Patient, mit diesem Fragebogen möchten wir uns eine genaue Kenntnis über Ihre Schmerzen verschaffen. Ihre Antworten helfen uns, Ihre Beschwerden genauer zu diagnostizieren und eine geeignete Behandlung auszuwählen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Zutreffendes bitte im Kästchen ankreuzen und in den Freizeilen ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Alter: _____ Jahre • Größe: _____ cm • Gewicht: _____ kg

Geschlecht: _____

n = nein/j = ja

1. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

Seit _____ Monaten/_____ Jahren

2. Wann treten die Schmerzen vorwiegend auf?

- morgens
- mittags
- abends
- nachts
- den ganzen Tag
- Die Schmerzen treten wechselhaft auf.
- Die Schmerzen sind von der Tageszeit unabhängig.

3. Wie lange halten die Schmerzen an?

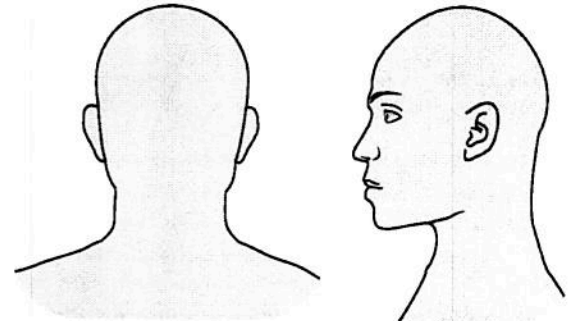
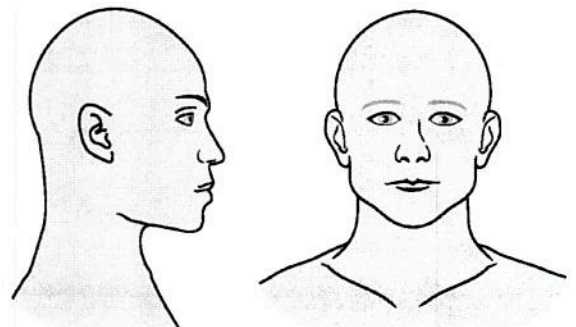
- Sekunden
- Minuten
- Tage
- Wochen
- Monate
- Jahre

Treten sie phasenweise auf? n j

4. Bitte versuchen Sie, Ihren Schmerz in die folgenden Körperschemata einzuzichnen. Kennzeichnen Sie dabei die Stelle, an der es am stärksten schmerzt, mit

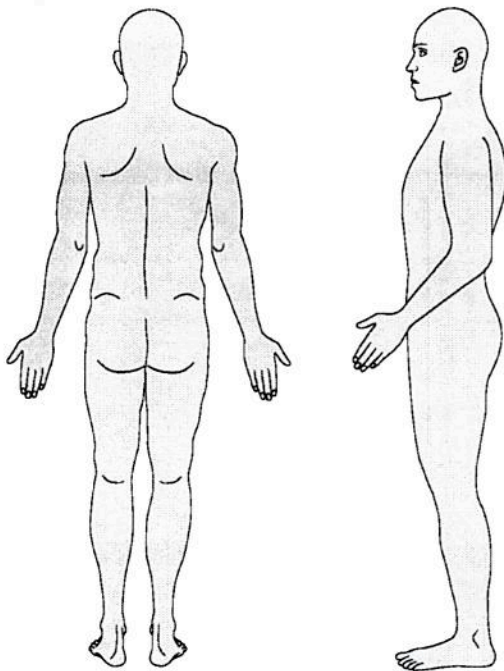
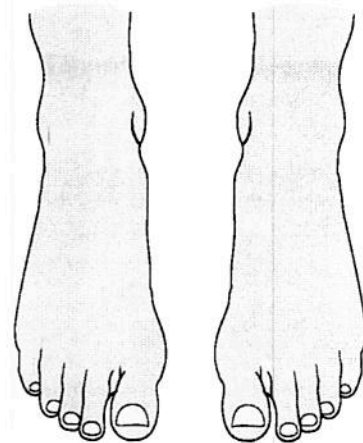
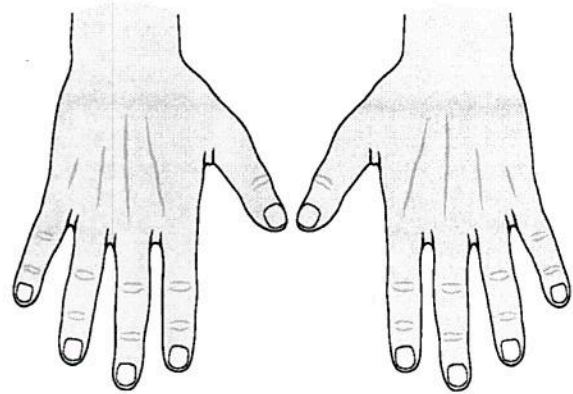
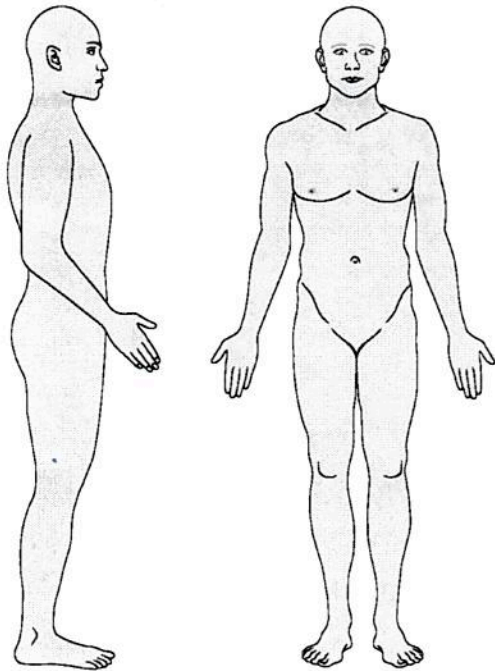
einem „X“. Falls Ihr Schmerz ausstrahlt, verdeutlichen Sie dies bitte mit Pfeilen.

Haben Sie Schmerzen im Bereich des Kopfes? n j

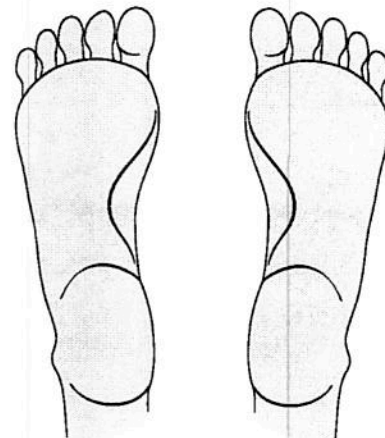
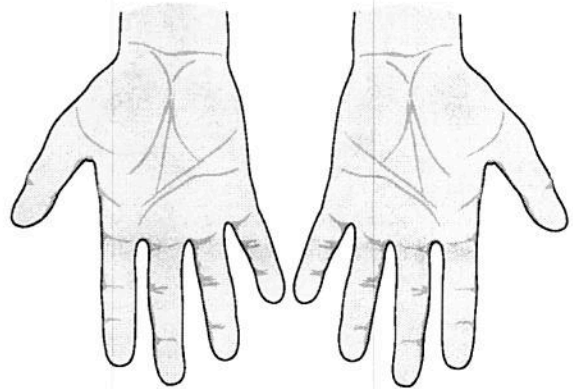


Haben Sie Schmerzen im Bereich des Körperstammes, der Arme oder der Beine? n j

Haben Sie Schmerzen im Bereich des Handrücken-/Fußrückens? n j



Haben Sie Schmerzen im Bereich der Handinnenflächen/Fußunterseiten? n j



5. Leiden Sie außerdem noch an anderen Schmerzen?
(Bitte ggf. näher beschreiben.) _____

6. Kreuzen Sie in der folgenden Schmerzwortliste bitte diejenigen Wörter an, die Ihren Schmerz am treffendsten charakterisieren:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pulsierend | <input type="checkbox"/> dumpf |
| <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> drückend |
| <input type="checkbox"/> hämmernd | <input type="checkbox"/> zermalmend |
| <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> schwer |
| <input type="checkbox"/> durchtrennend | <input type="checkbox"/> spitz |
| <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> bohrend |
| <input type="checkbox"/> zerreißend | <input type="checkbox"/> wühlend |
| <input type="checkbox"/> sägend | |
| <input type="checkbox"/> durchzuckend | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> einschießend | <input type="checkbox"/> zerrend |
| <input type="checkbox"/> blitzartig | <input type="checkbox"/> reißend |
| <input type="checkbox"/> elektrisierend | <input type="checkbox"/> dehnend |
| <input type="checkbox"/> heiß | <input type="checkbox"/> kribbelnd |
| <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> juckend |
| <input type="checkbox"/> glühend | <input type="checkbox"/> beißend |
| <input type="checkbox"/> siedend | <input type="checkbox"/> gefühllos |
| <input type="checkbox"/> kühl | <input type="checkbox"/> kneifend |
| <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> klemmend |
| <input type="checkbox"/> eisig | <input type="checkbox"/> krampfartig |
| <input type="checkbox"/> nagend | |
| <input type="checkbox"/> beengend | <input type="checkbox"/> ermüdend |
| <input type="checkbox"/> beklemmend | <input type="checkbox"/> erschöpfend |
| <input type="checkbox"/> würgend | <input type="checkbox"/> betäubend |
| <input type="checkbox"/> erstickend | <input type="checkbox"/> zermürend |
| <input type="checkbox"/> plagend | <input type="checkbox"/> grausam |
| <input type="checkbox"/> quälend | <input type="checkbox"/> peinigend |
| <input type="checkbox"/> marternd | <input type="checkbox"/> erschreckend |
| <input type="checkbox"/> schweißtreibend | <input type="checkbox"/> empfindlich |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit erregend | <input type="checkbox"/> weh |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht hervorrufend | <input type="checkbox"/> wund |
| <input type="checkbox"/> wellenförmig | <input type="checkbox"/> beunruhigend |
| <input type="checkbox"/> wehenartig | <input type="checkbox"/> beängstigend |
| <input type="checkbox"/> kolikartig | <input type="checkbox"/> furchterregend |

7. Ist Ihr Schmerz im Laufe der Zeit deutlich stärker geworden?

- nein
 ja, ständig
 im letzten Jahr
 im letzten Monat
 in den letzten Tagen

Falls möglich, geben Sie bitte Datum und Umstände an:

8. Wie stark sind Ihre Schmerzen

a) momentan?

- keine Schmerzen
 leicht
 mäßig
 stark
 unerträglich

b) durchschnittlich?

- leicht
 mäßig
 stark
 unerträglich

c) bei deutlichster Ausprägung?

- leicht
 mäßig
 stark
 unerträglich

9. Sind Sie durch Ihre Schmerzen im Alltagsleben eingeschränkt?

- überhaupt nicht
 leicht
 mäßig
 erheblich

10. Sind Ihnen bestimmte Einflüsse/Situationen n j aufgefallen, die Ihre Schmerzen verschlimmern?

Wenn ja, welche?

- Wetterwechsel
 Wochenende
 Körperliche Belastung
 Licht/Helligkeit
 Hunger
 Tiefes Einatmen
 Sexuelle Aktivität
 Urlaub
 Sorgen/Ängste
 Aufregung
 Ärger
 Alkohol
 Speisen
 Menstruation
 Wechseljahre
 Konzentration
 Entspannung
 Freude
 Medikamente
 Kauen
 Schwangerschaft
 Nikotin
 Husten/Niesen
 Sonstiges: _____

11. Vermuten Sie, dass bestimmte Erkrankungen n j (auch in der Verwandtschaft), Verletzungen, Unfälle oder Operationen mit Ihren Schmerzen in Zusammenhang stehen könnten?

Wenn ja, welche? _____

12. Können Sie Ihre Schmerzen günstig beein- n j
flussen?

Wenn ja, wodurch?

- Medikamente
- Kälte
- Ablenkung
- Entspannung
- Ruhe
- Wärme
- Bewegung
- Besondere Körperhaltung: _____
- Sonstiges: _____

13. Womit wurden die Schmerzen bisher behandelt?

- Medikamente
- Elektrische Reizmethoden (Nervenstimulation/TENS)
- Akupunktur
- Neuraltherapie
- Operationen
- Manuelle Medizin/Chiropraktische Therapie
- Nervenblockaden
- Schmerzoperationen
- Krankengymnastik, Massagen, Bäder
- Psychotherapie, Autogenes Training, Biofeedback
- Sonstige (z.B. Bestrahlungen, alternative Verfahren): _____

14. Wer hat die Schmerzen bislang behandelt?

- Arzt für Allgemeinmedizin/Hausarzt
- Nervenarzt
- Orthopäde
- Heilpraktiker
- Internist
- Frauenarzt
- Neurochirurg
- Anästhesist
- Chirurg
- HNO-Arzt
- Psychiater
- Sonstige: _____

Behandeln Sie Ihre Schmerzen auch selbst? n j

Wenn ja, wie? _____

15. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein? _____

Welche Medikamente nehmen Sie gelegentlich ein? _____

16. Welche Schmerzmedikamente haben Sie schon ausprobiert, um die Schmerzen zu lindern?

Medikament: _____

Effekt/Nebenwirkung: _____

Medikament: _____

Effekt/Nebenwirkung: _____

Medikament: _____

Effekt/Nebenwirkung: _____

Medikament: _____

Effekt/Nebenwirkung: _____

17. Welche Behandlungen wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten durchgeführt (z.B. Krankengymnastik, Spritzen, Psychotherapie, Manuelle Medizin, Akupunktur etc.)? _____

18. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Beschwerden durchgeführt? _____

19. Wie ist Ihr Allgemeinbefinden?

- gut
- mäßig
- schlecht

20. Wie ist Ihr Schlaf?

- gut
- mäßig
- schlecht

21. Haben Sie zurzeit

Beschwerden beim Wasserlassen? n j

Stuhlgangprobleme? n j

nächtlichen Harndrang? n j

Wie häufig müssen sie nachts Wasser lassen? _____

Husten? n j

Luftnot? n j

geschwollene Beine? n j

Schwitzen Sie verstärkt? n j

Leiden Sie an Appetitlosigkeit? n j

Haben Sie Allergien? n j

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in letzter Zeit abgenommen? n j

Wenn ja, wieviel?

_____ kg seit _____

22. Zusatzfragen bei Frauen:

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Anzahl der Geburten: _____

Wann hatten Sie Ihre letzte Periode? _____

Ist die Periode regelmäßig? n jVerwenden Sie Hormonpräparate? n j

Wenn Ja, welche? _____

23. Familienstand: verheiratet ledig geschieden seit: _____ getrennt lebend seit: _____ verwitwet seit: _____**24. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____****25. Wie viele Kinder haben Sie? _____**

Alter der Kinder? _____

26. Pflegen Sie Angehörige? n j**27. Versorgen Sie sich selbstständig? n j**

Von wem erhalten Sie Unterstützung? _____

28. Schwerbehinderung anerkannt? Ja Nein Beantragt

Grad der Behinderung: _____

29. Erwerbsunfähigkeitsrente? Ja Nein Beantragt von/bis _____**30. Berufsunfähigkeitsrente?** Ja Nein Beantragt**31. Altersrente?** Nein Beantragt Ja, seit _____**32. Jetzige/letzte Tätigkeit: _____**

Ausgeübt seit: _____

Arbeitsstunden pro Woche: _____

Das Arbeitsverhältnis

 ist ungekündigt wurde gekündigt zum: _____**33. Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz: (ggf. bezeichnen)**

34. Erlerner Beruf: _____**35. Tätigkeitswechsel aus gesundheitlichen n j Gründen?****36. Umschulung?** Ja Nein Beantragt

von _____ bis _____

Grund: _____

37. Sind Sie arbeitslos? n j**38. Sind Sie derzeit arbeitsfähig? n j****39. Sind Sie arbeitsunfähig? n j**

Seit: _____

Wegen: _____

40. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krank- n j geschrieben?

Wenn ja, weswegen? _____

Wie lange? _____

Anmerkungen der Ärztin/des Arztes

(z.B. eventuelle weitere Fragen an die Patientin/den Patienten, ggf. Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter, Gesprächsdauer)

Erklärung der Patientin/des Patienten

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Ich erkläre mich durch meine Unterschrift damit einverstanden, dass sowohl obige Angaben als auch spätere Untersuchungsergebnisse anonym elektronisch gespeichert und im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetzgebung ausschließlich zu medizinischen Zwecken verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass alle geführten Gespräche und gesundheitsbezogenen Angaben der strikten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Ort, Datum, Uhrzeit_____
Patientin/Patient_____
Ärztin/Arzt

PatientInnendatenblatt

VDR-VKA-FM

gültig ab: 01.07.2017

Version 9

Seite 1 von 1

PatientInnendaten:

Familiennamen:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnummer:
Geburtsort:		Titel:	Religionsbekenntnis:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsbürgerschaft:		Fam. Stand:
Wohnadresse (PLZ, Straße, Nr.):			Tel. Nr.:

Selbstversichert:

Beruf:	Arbeitgeber:		
Anschrift des Arbeitgebers:			
Krankenkasse/Versicherungsträger:			Arbeitsunfall: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mitversichert bei:

Familiennamen:		Vorname:	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnummer:	Staatsbürgerschaft:
Wohnadresse (PLZ, Straße, Nr.):			Tel. Nr.:
Beruf:	Arbeitgeber:		
Anschrift des Arbeitgebers:			Krankenkasse/Versicherungsträger:

Verständigungsperson:

Vor- u. Zuname:		Geburtsdatum:
Adresse:		Telefonnummer:

Zuweisung durch:

<input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Rettung <input type="checkbox"/> prakt. Arzt <input type="checkbox"/> Transfer aus Krankenanstalt <input type="checkbox"/> SelbstkommerIn
--

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift PatientIn: _____