

## Anmeldeformular zur Einweisung in die Klinik an der Weissenburg

### Fachabteilung Multimodale stationäre Schmerztherapie

(voraussichtliche Therapiedauer 15 Tage)

**Bitte per Fax zurück an 036742 | 66 222**

 Hotline Aufnahme  
**036742 | 66 129**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Verdachtsdiagnose:** \_\_\_\_\_

Beschwerden, die zur Einweisung führen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Befunde:**

Laborbefunde (BSG, CRP, IgM-Rheumafaktor, CCP-Antikörper), Röntgenbefunde (wenn vorhanden), CT, MRT (möglichst aktuell)

Bisherige Therapie (einschließlich Physiotherapie):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Medikation:

\_\_\_\_\_

Um welche Form der Beschwerden handelt es sich? akut  chronisch

Ist der Patient in ambulanter Schmerzbehandlung? ja  nein

Wurden bereits Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_

Besteht erhöhter Pflegeaufwand? ja  nein

Handelt es sich um eine Wiederaufnahme? ja  nein

Sonstiges / Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis (Stempel)

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

Name des Arztes in Druckbuchstaben