



Einweiser-Checkliste

| |
|--|
| A. Schmerzchronifizierung / Exazerbation |
| <input type="checkbox"/> Die Schmerzen bestehen seit mindestens 6 Monaten und sind stark beeinträchtigend |
| <input type="checkbox"/> Die Schmerzen habe sich ausgebreitet (räumlich, zeitlich) und/oder haben zugenommen |
| <input type="checkbox"/> Es besteht ein komplexes bio-psycho-soziales Bedingungsgefüge für die Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> → Dringend! Akute Exazerbation der Schmerzen, plötzliche Therapieresistenz |
| B. Manifeste/drohende <u>schmerzbedingte Beeinträchtigung der Lebensqualität/Arbeitsfähigkeit</u> |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug |
| <input type="checkbox"/> Einschränkung der Mobilität und Alltagsgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit seit mehr als 6 Wochen |
| C. Bisherige Behandlungsversuche blieben ohne anhaltenden Erfolg |
| <input type="checkbox"/> Wiederholte ambulante Behandlungen |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut |
| <input type="checkbox"/> Operationen oder interventionelle Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> Entzugsbehandlung |
| D. Medikamenten-Über- und/oder-Fehlgebrauch <u>aufgrund der chronischen Schmerzen</u> |
| <input type="checkbox"/> Nahezu tägliche Einnahme verschiedener Schmerzmittel |
| <input type="checkbox"/> Opioid-Entzug geplant |
| E. <u>Gravierende körperliche /psychische Begleiterkrankungen, die eine Überwachung mit den Mitteln des Krankenhauses begründen</u> |
| <input type="checkbox"/> Somatische Erkrankungen (z.B. kardiovaskulär, Stoffwechsel, Unverträglichkeiten) |
| <input type="checkbox"/> Gravierende körperliche Beeinträchtigung (Mobilitätseinschränkung, Selbstständigkeit) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankungen (z. B. Depression, Angst, PTBS) |