

Schmerztagesklinik an der
Illertalklinik Illertissen
Krankenhausstr. 7
89257 Illertissen

Tel. 07303-177-3401

Fax. 07303-177-3409

E-Mail: schmerztagesklinik@kreisspitalstiftung.de

Neuanmeldung für eine Multimodale Schmerztherapie

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Tel-Nr. privat: _____ Tel-Nr. mobil.: _____

Einweisender-Arzt: _____

Was ist Ursache der Schmerzen? (Diagnose): _____

An welchem Körperteil haben Sie Schmerzen? _____

Wie lange leiden Sie an diesen Schmerzen? _____ (kürzer als 6 Monate: Ausschluss!)

Sind Sie krankgeschrieben? Nein Ja

Wenn ja, seit wann? _____

Erfolgte ein Reha-Verfahren in den letzten 12 Monaten? Nein Ja

Ist ein Rentenverfahren / Sozialgerichts- oder sonstiges Verfahren wegen Schmerz anhängig?

Nein Ja

(wenn Ja: ggf. Ausschluss)

Besteht eine schwere körperliche Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf oder Bettlägerigkeit?

Nein Ja

(wenn Ja: derzeit i.d.Regel nicht möglich)