

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihre Patientin/Ihr Patient Frau/Herr
geboren amhat sich um einen Termin in meiner schmerztherapeutischen
Sprechstunde bemüht. Um mich zu orientieren, welches klinische Problem besteht, wie
dringlich eine Vorstellung ist und inwieweit mein therapeutisches Angebot dem Problem des
Patienten gerecht werden kann, bin ich auf substantielle Informationen der zuweisenden
Kollegen angewiesen.

Ohne diese konkreten Vorab-Informationen ist eine Terminvergabe nicht möglich, da ich
diesen Indikations-Filter nicht in meine Sprechstunde verlagern kann.

Ich bitte Sie höflich um Ausfüllen des folgenden Formulars. Eine Übermittlung von
Fremdbefunden (Radiologie, Fachärzte, andere schmerztherapeutische Einrichtungen,
Kliniken) mit diesem Schreiben ist aktuell weder notwendig noch erwünscht.

Wegen welcher konkreten Schmerzbilder / Diagnosen soll aus Zuweiser-Sicht eine
schmerztherapeutische Vorstellung erfolgen? Schmerzlokalisationen?

.....
.....
.....
.....
.....

Wie lange bestehen diese Beschwerden?

.....

Wer hat die Indikation zu einer schmerztherapeutischen Zuweisung gestellt
(Hausarzt, Facharzt (welcher?), oder Angehörige selbst?)

.....

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden bezüglich der Zuweisungsproblematik bislang
durchgeführt (medikamentös, physikalisch konservativ, interventionell, operativ) , ggf. wie
lange, wie oft? Welche Fachgruppen sind beteiligt?

.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente/Dosierungen kommen bezüglich der Schmerzproblematik aktuell zum
Einsatz?

.....
.....
.....

Welche konkrete Fragestellung verknüpfen Sie mit der Zuweisung? **Bitte ankreuzen:**

- Schmerztherapeutische Differenzialdiagnostik/ Therapievorschläge/
- Modifikation einer medikamentösen Schmerztherapie nach nicht zielführenden Versuchen durch Hausarzt-oder Fachärzte
- Indikationsprufung /Einleitung einer interventionellen / operativen Schmerztherapie
- Modifikation der vorbestehenden Schmerzmedikation/ Abdosieren oder Medikamenten-Entzug bei Analgetika-Missbrauch oder -Abhängigkeit
- Indikationsprufung bzw. Zweitmeinung zu einer OP-Indikation bei therapieresistenten Schmerzphanomenen

Ich möchte Sie freundlich-kollegial um Verständnis bitten, dass ich Zuweisungen aus folgenden Indikationen **nicht** entsprechen kann:

Einleitung einer multimodalen/multiprofessionellen Schmerztherapie bei komplexen und langjährig multilokulären Schmerzbildern vom Chronifizierungsgrad Gerbershagen III. Diese Patienten müssen über entsprechend multiprofessionell ausgestattete Schmerzzentren/ Ambulanzen betreut werden.

Übernahme der Weiterverordnung von Medikamenten bei stabil eingestellten Schmerz-Patienten

Übernahme der "Gewohnheits"- Weiterverordnungen von Heilmitteln

Allgemeinmedizinische Schmerztherapeuten unterliegen exakt den gleichen Budget-Regelungen wie normale Hausärzte auch. Entsprechend der aktuell gültigen Schmerztherapie-Vereinbarung in Schleswig-Holstein sollen zudem Schmerzpatienten nach spätestens zwei Jahren an die haus- bzw. fachärztlichen Behandler zurückverwiesen werden. Im Interesse Ihrer Patienten gehen wir im Falle einer Zuweisung von Ihrem Einverständnis aus, das dann entsprechend stabile, aufwendig eingestellte medikamentöse Schmerz-Therapien nicht ohne Rücksprache aufgrund von Budgetzwangen ab- oder umgesetzt werden.

Wir werden Sie nach Eingang dieses Faxes schnellstmöglich auf dem gleichen Wege informieren, ob und wann eine Vorstellung erfolgen kann. Vielen Dank!

Datum:.....Arztname:..... Arztstempel.....

!Faxnummer!: