

Komplett Ausfüllen / Ankreuzen

(Verdachts-) Diagnose mit Schmerzbezug / Grund der Überweisung

1. Dringlichkeitseinschätzung Überweiser\* (nicht Patient\*) (Bitte Kreuz setzen durch Arzt\*)

<input type="checkbox"/>	a) Innerhalb 12 Wochen <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	b) Innerhalb 6 Monate
<input type="checkbox"/>	c) 6-12 Monate

2. Schmerzfragebogen ausfüllen, mit diesem Schreiben und mit gültiger Überweisung einreichen

3. Relevante Vorbefunde mit einreichen (Bitte Kreuz setzen)

<input type="checkbox"/>	Keine vorhanden	<input type="checkbox"/>	anbei
--------------------------	-----------------	--------------------------	-------

4. Bereits in **Spezieller** Schmerztherapie behandelt worden (Bitte Kreuz setzen)

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, Wo?
--------------------------	------	--------------------------	---------

#### Kontaktdaten Patient\*:

Name, Vorname \_\_\_\_\_



Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Heutiges Datum \_\_\_\_\_

**Schwerpunktpraxis  
für Schmerztherapie**

Dr. med. Jens Hauke  
Dr. med. Daniel Eckle

#### Praxisstempel:

<sup>1</sup> Nur mit Dringlichkeitsüberweisung <35 Tage bei Vorstellung / \* Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet