

Sehr geehrte Kollegen,

zur Sicherstellung der indikationsgerechten teilstationären / stationären multimodalen Schmerztherapie benötigen wir entsprechende Auskünfte zur Evaluierung der Indikationskriterien entsprechend des OPS 8-918.

Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Bogen kurzfristig **per Fax** zuzusenden: **0371 8328004**.

Nach Prüfung werden wir unsererseits den Patienten bzw. Sie über unsere Entscheidung informieren.

Mit kollegialen Grüßen

Ihre Schmerzlinik Chemnitz Rabenstein
Am DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein

Patient

Name:	Straße Nr.:
Vorname:	PLZ Wohnort:
Geb.datum:	Telefonkontakt:

schmerztherapeutische Behandlungsdiagnosen

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/>
<input type="radio"/>
<input type="radio"/>
<input type="radio"/>
<input type="radio"/>
<input type="radio"/>
<input type="radio"/> | <input type="radio"/> akute Schmerzdekompensation
<input type="radio"/> progrediente Schmerzentwicklung
<input type="radio"/> progrediente Störung
sensorisch, motorisch, funktionell |
|---|--|

Chronifizierung MPSS

Stadium n. Gerbershagen I II III

Kriterien nach OPS 8-918

- aktuelle Version, **mindestens drei** der nachfolgenden Merkmale **müssen** gegeben sein
- manifeste oder drohende Beeinträchtigung
 - Lebensqualität und/oder
 - Arbeitsfähigkeit
 - Fehlschlag einer bisherigen
 - Schmerztherapie,
 - eines schmerzbedingten operativen Eingriffs,
 - einer Entzugsbehandlung
 - bestehende/er Medikamenten-
 - abhängigkeit oder – fehlgebrauch
 - schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
 - gravierende somatische Begleiterkrankung
(schmerzunterhaltend / leistungseinschränkend)

ergänzende Kriterien

- Physiotherapie ambulant nicht möglich
- notwendig parenterale Medikamentenzufuhr
- notwendig lokoregionale / kontinuierliche Schmerztherapie
- häusliche Dekompensation
- fehlende wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit
- fehlende ambulante Compliance
- fehlende ambulante Zumutbarkeit körperlich / sozial / versorgungsstrukturell
- Vermeidung längerfristige Arbeitsunfähigkeit
- Erhalt ADL
- Vermeidung / Verbesserung Pflegebedürftigkeit

.....
Ort / Datum

.....
Arzt / Name / Stempel

Bearbeiter: OA Path	Version: 1	Freigegeben: ChA Dr. U. Richter
Geprüft: OA Path	Seite: 1 von 1	Datum: 05.07.2013