

# Zuweiserformular

## Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)

### Personalien

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Unfall  Krankheit  Unfall-Datum \_\_\_\_\_

### Indikation für die Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Patientin oder Patient hat chronische Schmerzen (> 6 Monate andauernd) und folgende Punkte treffen zu:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit
- unzureichender Therapieerfolg einer vorherigen ambulanten Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- v.a. bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- v.a. schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- somatische Begleiterkrankung, die eine ambulante Behandlung erschwert
  
- die relevanten Arztberichte und Befunde liegen in Kopie bei

### Wichtige zusätzliche Informationen

---

---

---

---

---

---

---

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser

---