

Titelblatt A-IMA

Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓














A-IMA-Termin

Terminplan für Patienten aushändigen

Datum:

Name Patient/in:

Pat-ID:

Deutscher Schmerzfragebogen + PCS	Liegen ausgefüllt vor	
Ärztliche Dokumentation (C4)	 Dokumentieren	 Eingeben
Ergänzende Arztangaben KEDOQ-Schmerz (C5)	 Dokumentieren	 Eingeben
Physiotherapeutische Dokumentation inkl. PSFS (C7, C8)	 Dokumentieren	 Eingeben
 Ergänzender Fragebogen SKID-Befindlichkeit, vorbereitend für psychol. Befund (C9)	 Dokumentieren	 Eingeben
Psychologische Dokumentation inkl. MASK-Kodierung (C11)	 Dokumentieren	 Eingeben
Teamsitzung und Abschlussgespräch (C12)	 Dokumentieren	 Eingeben

Empfehlung an Patient/in



ggf. Termin:



ggf. Programmbeginn:

Befundbericht verschickt am:

A-IMA Dokumente nach der Durchführung abheften



Ablage

Zeichenerklärung



Ablage



Eingeben



Termin
vereinbaren



an Patient



Dokumentieren

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____



Ziele Patient/in:

Ziele aus ärztlicher Sicht:

Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (somatisch)	Bedeutung für Schmerzproblematik (somatisch)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
ärztlich	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das A-IMA folgende Aussage und notieren Sie gerne Ihre Anmerkungen im Freitext:

Vom Arzt auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung des ärztlichen IMA war ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitext:					

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____



B3. Setting der eingeleiteten bzw. veranlassten Behandlung

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> teilstationär | <input type="radio"/> stationär | <input type="radio"/> keine Therapie |
| | | | <input type="radio"/> geplanter einmaliger Kontakt |
| | | | <input type="radio"/> ausschließlich Diagnostik |
| | | | <input type="radio"/> Gutachten |

B4. Ergänzende Informationen zum Schmerz

Hauptschmerzlokalisierung (mindestens 1 Oberbegriff *)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| Kopf | Gesicht | Nacken/ Hals | Schulter/ Arm |
| <input type="radio"/> Gesamter Kopf bzw. Kopfhälfte | <input type="radio"/> Gesamtes Gesicht bzw. Gesichtshälfte | <input type="radio"/> Nacken | <input type="radio"/> Schulter |
| <input type="radio"/> occipital | <input type="radio"/> Oberkiefer | <input type="radio"/> Hals | <input type="radio"/> Gesamter Arm |
| <input type="radio"/> parietal | <input type="radio"/> Unterkiefer | | <input type="radio"/> Oberarm |
| <input type="radio"/> Vertex | | | <input type="radio"/> Unterarm |
| <input type="radio"/> Stirn | | | <input type="radio"/> Ellenbogen |
| | | | <input type="radio"/> Handgelenk |
| | | | <input type="radio"/> Hand |
| | | | <input type="radio"/> Finger, Fingergelenke |
| Thorax | <input type="radio"/> Rücken, BWS | <input type="radio"/> Kreuz, LWS | Abdomen |
| <input type="radio"/> Gesamter Thorax | | | <input type="radio"/> Gesamtes Abdomen |
| <input type="radio"/> Thorax lateral | | | <input type="radio"/> Oberbauch |
| <input type="radio"/> Thorax ventral | | | <input type="radio"/> Unterbauch |
| | | | <input type="radio"/> Flanke |
| Becken | <input type="radio"/> Genital-/ Perianalregion | Bein | <input type="radio"/> Wide spread pain |
| <input type="radio"/> Gesamtes Becken | | <input type="radio"/> Gesamtes Bein | |
| <input type="radio"/> Leiste | | <input type="radio"/> Oberschenkel | |
| <input type="radio"/> Hüftbereich | | <input type="radio"/> Unterschenkel | |
| <input type="radio"/> Kreuzbein | | <input type="radio"/> Knie | |
| <input type="radio"/> Steißbein | | <input type="radio"/> Sprunggelenk | |
| | | <input type="radio"/> Fuß | |
| | | <input type="radio"/> Zehen, Zehengelenke | |
| <input type="radio"/> Polyarthralgien | <input type="radio"/> Hemi-/ Panalgesie | <input type="radio"/> Gesamter oberer Quadrant | <input type="radio"/> Gesamter unterer Quadrant |

Sonstige Schmerzverteilung: _____

* Bitte ausschließlich das für den Patienten im Vordergrund stehende und das die Behandlung bestimmende Schmerzbild kodieren. Ein für den Patienten zusammengehöriges Schmerzbild kann durch Ankreuzen mehrerer Lokalisationen gekennzeichnet werden. Dabei dürfen nur maximal 3 Lokalisationen angekreuzt werden (und auch nur dann, sofern es sich um ein einziges zusammenhängendes Schmerzbild handelt).

Mainz Pain Staging System (MPSS)

Pat-ID: _____

Achse 1: Zeitliche Aspekte	Wert	Achsensumme	Achsenstadium
Auftretenshäufigkeit: einmal täglich o. seltener	1		
mehrmals täglich	2	<input type="checkbox"/>	3=I
dauernd	3	<input type="checkbox"/>	4-6=II
Dauer: bis zu mehreren Stunden	1		7-9=III
mehrere Tage	2	<input type="checkbox"/>	
länger als eine Woche oder dauernd	3	<input type="checkbox"/>	
Intensitätswechsel: häufig	1		
gelegentlich	2	<input type="checkbox"/>	
nie	3	<input type="checkbox"/>	
Achse 2: Räumliche Aspekte			
monolokulär	1		
bilokulär	2	<input type="checkbox"/>	
multilokulär oder Panalgesie	3	<input type="checkbox"/>	
Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten			
Medikamenteneinnahme: unregelmäßiger Gebrauch von	1		
max.2 peripheren Analgetika	2	<input type="checkbox"/>	2=I
max. 3 periphere Analgetika, höchstens 2 regelmäßig	3	<input type="checkbox"/>	3-4=II
regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder			5-6=III
zentralwirkende Analgetika			
Anzahl der Entzugsbehandlungen: keine	1	<input type="checkbox"/>	
eine	2	<input type="checkbox"/>	
mehr als eine	3	<input type="checkbox"/>	
Achse 4: Patientenkarriere			
Wechsel des persönlichen Arztes: kein Wechsel	1		4=I
max. 3 Wechsel	2	<input type="checkbox"/>	5-8=II
mehr als 3 Wechsel	3	<input type="checkbox"/>	9-12=III
Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte: bis 1	1	<input type="checkbox"/>	
2 bis 3	2	<input type="checkbox"/>	
mehr als 3	3	<input type="checkbox"/>	
Schmerzbedingte Operationen: bis 1	1	<input type="checkbox"/>	
2 bis 3	2	<input type="checkbox"/>	
mehr als 3	3	<input type="checkbox"/>	
Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen: keine	1		
bis 2	2	<input type="checkbox"/>	
mehr als 2	3	<input type="checkbox"/>	
			Summe der Achsenstadien
			I = 4 - 6
			II = 7 - 8
			III = 9 - 12

Hauptschmerzdiagnose (ICD-Code, CRPS I und II ergänzen): _____

Weitere somatische Diagnosen (keine oder ICD-Code): _____

Psychologisch/Psychiatrische Diagnosen (keine oder ICD-Code): _____

Hinweis: Die Diagnosen sind nach der Teamsitzung zu ergänzen! Keine diagnostizierte Diagnose als „keine“, vorhandene Diagnosen als ICD-Code notieren (jeweils bitte zuordnen zu „weitere somatische Diagnosen“ und „Psychologisch/Psychiatrische Diagnosen“).

B5. Medikamentöse Behandlung vor Therapiebeginn

Oder Medikamente aus folgenden Gruppen...

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> NSAR, Coxibe | <input type="checkbox"/> Andere Nichtopioide | <input type="checkbox"/> Mischpräparat | <input type="checkbox"/> Triptane |
| <input type="checkbox"/> WHO II | <input type="checkbox"/> WHO III | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva |
| <input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Antiemetika | <input type="checkbox"/> Laxantien |

Sonstige schmerzbezogene Substanzen: _____

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____



Die „Patientenspezifische Funktionsskala“ (kurz PSFS) soll dazu verwendet werden, die individuellen Aktivitätseinschränkungen der Patient/-innen im Alltag zu quantifizieren.

Die PSFS wird am Ende der Anamnese und vor der körperlichen Untersuchung ausgefüllt.

Vor der der physiotherapeutischen Untersuchung stellen Sie folgende Leitfrage an den/die Patient/-in:

„Ich möchte Sie bitten, drei wichtige Aktivitäten zu nennen, welche Sie aufgrund Ihres Schmerzproblems nicht ausführen können oder bei welchen Sie Schwierigkeiten bei der Ausführung haben.“

Anschließend zeigen und erklären Sie dem Patienten die 10-stufige Skala und bitten um eine Einschätzung für die gewählten Aktivitäten.

Bewertungsschema für die Ausführung patientenspezifischer Aktivitäten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unfähig, die
Aktivität
auszuführen

Kann die Aktivität
auf dem gleichen
Niveau wie vor der
Verletzung oder
dem Problem
ausführen

Individuelle Aktivität

Punktzahl 0 - 10

1.

2.

3.

Mittelwert der drei Aktivitäten:

Stratford, P, Gil, C, Westaway M, & Binkley J (1995) Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. Physiotherapy Canada 47, 258-263. © P. Stratford 1995, reprinted with permission.

© Kulturell adaptiert ins Deutsche: Heldmann 2012, HAWK Hildesheim (modifiziert)

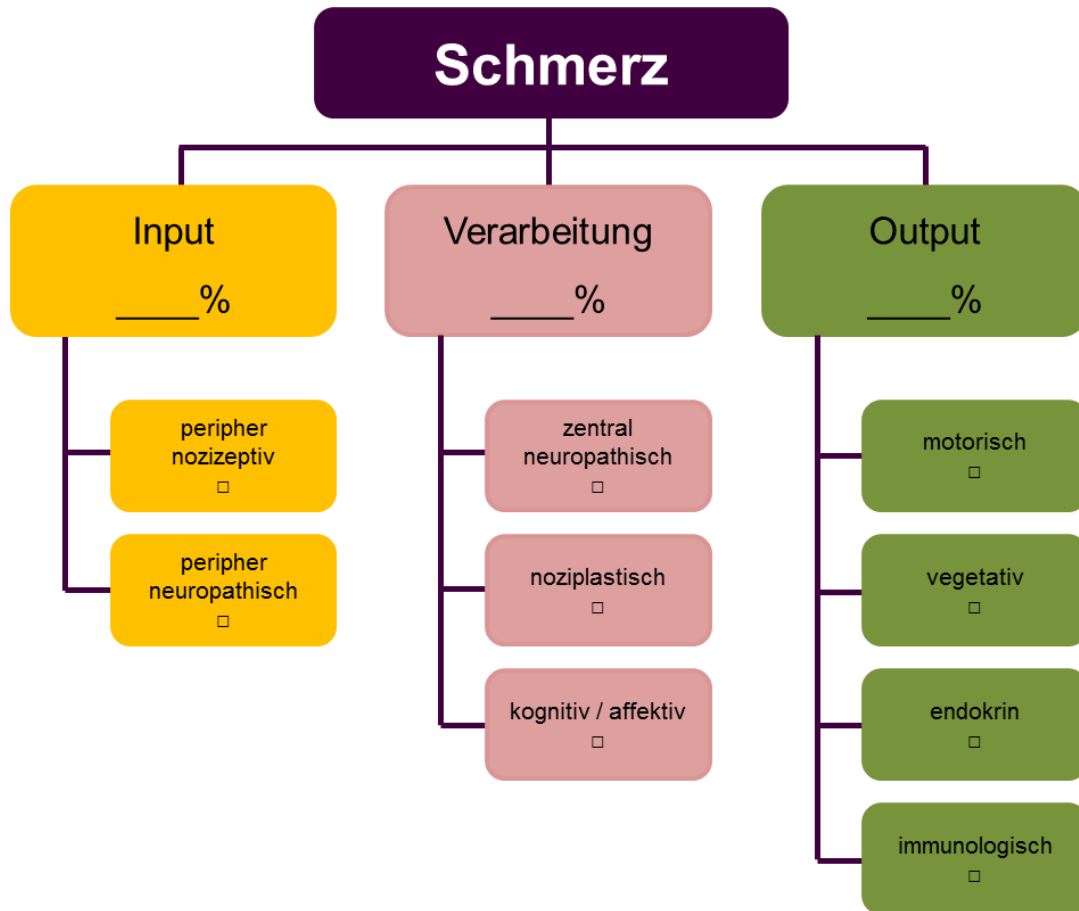
A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____



Ziele Patient/-in:

Ziele aus physiotherapeutischer Sicht:



Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (funktionell)	Bedeutung für Schmerzproblematik (funktionell)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
physiotherapeutisch	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das A-IMA folgende Aussage und notieren Sie gerne Ihre Anmerkungen im Freitext:

Vom Physiotherapeuten auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung des physiotherapeutischen IMA war ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitext:					



A-IMA
Ambulantes
Interdisziplinär-Multimodales
Assessment

C9

A-IMA Ergänzender Fragebogen (SKID-Befindlichkeit)



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____



Wir möchten Ihnen noch einige wichtige Fragen zu Ihrer allgemeinen Befindlichkeit stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst mit ja oder nein. Sollten Sie unsicher sein, können Sie auch mit „unsicher“ antworten.

	0	1	2
1. Haben Sie in letzter Zeit fünf oder mehr Gläser Alkohol (Bier, Wein oder Likör) auf einmal getrunken?	nein	unsicher	ja
2. Nehmen Sie Drogen?	nein	unsicher	ja
3. Fühlen Sie sich von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig oder nehmen Sie mehr davon ein als Ihnen verschrieben wurde?	nein	unsicher	ja
4. Leiden Sie unter Angstanfällen, bei denen Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken geraten oder starke Angst haben?	nein	unsicher	ja
5. Haben Sie Angst, alleine das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?	nein	unsicher	ja
6. Haben Sie Angst davor oder ist es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?	nein	unsicher	ja
7. Gibt es andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhe?	nein	unsicher	ja
8. Leiden Sie unter Gedanken, die unsinnig sind und immer wieder kommen, auch wenn Sie es gar nicht wollen?	nein	unsicher	ja
9. Kommt es vor, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun müssen, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben?	nein	unsicher	ja
10. Waren Sie in den letzten sechs Monaten besonders nervös oder ängstlich?	nein	unsicher	ja
11. Kam es in letzter Zeit vor, dass andere Menschen sagten, Sie seien zu dünn?	nein	unsicher	ja
12. Haben Sie Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl haben, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?	nein	unsicher	ja
13. Leiden Sie seit mehreren Monaten unter körperlichen Beschwerden, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?	nein	unsicher	ja
14. Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder bedrohliche Situation erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie heute noch leiden?	nein	unsicher	ja
15. Fühlen Sie sich mit der Bewältigung eines einschneidenden Ereignisses in Ihrem Leben so stark belastet, dass dadurch Ihr Befinden spürbar beeinträchtigt ist?	nein	unsicher	ja

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____



Hinweis: Bitte die **Testbefunde (TB)** aus dem eingegebenen DSF beachten!

Dokumentation SKID und MASK-P (Zusammenfassung von s.u.)

SKID- Befindlichkeit:	Auffällig?	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, auffällige Bereiche ankreuzen:		
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>		
MASK-P:	1 () → _____,	5 () → _____,
	2 () → _____,	6 () → () _ () _ () _,
	3 () → _____,	7 () → _____,
	4 () → _____,	8 () → _____.

Ziele Patient/in:

Ziele aus psychologischer Sicht:

Fachspezifische Einschätzung für die Teamsitzung

	Schweregrad Störungsbild (psychosozial)	Bedeutung für Schmerzproblematik (psychosozial)	IMST-Ansatz erforderlich	Spezifische Behandlung erforderlich	Belastbarkeit für IMST-Ansatz gegeben
psychologisch	_____	_____	_____	_____	_____
	0 = kein 1 = leicht 2 = mittel 3 = schwer	0 = keine 1 = gering 2 = moderat 3 = hoch	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja	0 = nein 1 = fraglich 2 = ja

MASK-P

Achsenzusatzkodierung: Für alle Achsen wird jeweils eines der folgenden Merkmale vergeben:

- 1 Achse wurde nicht untersucht
- 2 keine Auffälligkeiten identifizierbar
- 3 Patient/in sieht Auffälligkeiten nicht
- 4 Patient/in sieht Auffälligkeiten

Für jede Achse können maximal 3 Auffälligkeiten vergeben werden.

Achse 1: Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Ausgeprägt non-verbales Schmerzverhalten
	2	Ausgeprägt verbales Schmerzverhalten
	3	Diskrepanz zwischen verbalem und non-verbalem Schmerzverhalten
	4	Defizite im Bitten um soziale Unterstützung
	5	Ausgeprägte Vermeidung körperlicher Aktivitäten
	6	Ausgeprägte Vermeidung sozialer Aktivitäten
	7	Ausgeprägtes Durchhalteverhalten
	8	Nichteinhaltung erforderlichen Gesundheitsverhaltens
Achse 2: Emotionale Schmerzverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Traurig-niedergeschlagene Stimmung
	2	Ärgerlich-gereizte Stimmung
	3	Ängstliche Stimmung
	4	Leichte innere Erregbarkeit
	5	Eingeschränktes emotionales Erleben
	6	Mangelnder Emotionsausdruck
	7	Übertrieben positiver Emotionsausdruck
Achse 3: Kognitive Schmerzverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Hilflosigkeit / Katastrophisieren
	2	Resignation / Hoffnungslosigkeit
	3	Suizidgedanken
	4	Mangelhafte Wahrnehmung körperlicher Vorgänge
	5	Ausgeprägte Bagatellisierung körperlicher Vorgänge
	6	Ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit für körperliche Vorgänge
	7	Ausgeprägter Durchhalteappell
Achse 4: Krankheitsbezogene Metakognitionen		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Ausgeprägtes somatisches Krankheitsmodell
	2	Ausgeprägte stabile Ursachenattribution
	3	Ausgeprägte externale Kontrollattribution
	4	Ausgeprägte internale Kontrollattribution
	5	Schuldzuschreibungen
	6	Ausgeprägte Fear-Avoidance-Beliefs
	7	Ausgeprägte Endurance-Beliefs

Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____

Achse 5: Aktuelle Stressoren		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Physikalische Belastungen am Arbeitsplatz
	2	Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz
	3	Unklarer beruflicher Status
	4	Erhebliche finanzielle Belastungen
	5	Probleme im Familien- und/oder Freundeskreis
	6	Ehe- / Partnerschaftsprobleme
	7	Belastungen durch zusätzliche gesundheitliche Probleme
	8	Krisenhafte Ereignisse
	9	Belastungen im Freizeitbereich

Achse 6: Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen pro Auffälligkeit auch Zeitangabe <u>vorstellen</u> auf Doku-Beleg übertragen	1	Verlust naher Angehöriger / Bezugspersonen
	2	Konflikte innerhalb der Familie / Partnerschaft
	3	Konflikte am Arbeitsplatz
	4	Körperliche und/oder psychische Misshandlungen
	5	Verlust / Bedrohung der existenziellen Basis
	6	Akute Lebensbedrohung
	7	Harte Erziehungsbedingungen mit emotionaler Entbehrung
	8	Schwere körperl./psych. Erkrankung naher Bezugspersonen
	9	Eigene schwere körperliche / psychische Erkrankung
↑ Zeitzusatz-Kodierung		1 Kindheit (bis 6 Jahre) 2 Jugendzeit (bis 18 Jahre) 3 Erwachsenenalter (ab 18 Jahre) 4 Kindheit und Jugendzeit 5 Jugendzeit und Erwachsenenalter 6 Kindheit und Erwachsenenalter 7 Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter

Achse 7: Habituelle Personen-Merkmale		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Selbstüberforderung bei exzessivem Leistungsanspruch
	2	Mangelnde soziale Kompetenz
	3	Selbstwertdefizite
	4	Starre Norm- und Wertvorstellungen
	5	Mangelnde Selbstreflexion / Introspektionsfähigkeit
	6	Mangelnde Wahrnehmung eigener Stressreaktionen
	7	Psychophysiologische Reaktionsstereotypie
	8	Abhängigkeitsverhalten

Achse 8: Maladaptive Stressverarbeitung		
Achsen-Zusatzkodierung:		<i>kodiere 1, 2, 3 oder 4</i>
Bis zu 3 Auffälligkeiten markieren durch ankreuzen auf Doku-Beleg übertragen	1	Katastrophisierend-/vermeidende Stressverarbeitung
	2	Resignativ-/rückzugsbetonte Stressverarbeitung
	3	Ärger-betonte Stressverarbeitung und Kontrollillusion
	4	Mangelnde Wahrnehmung/Bagatellisierung von Stressreaktionen
	5	Übermäßige körperliche Ablenkung bei Stress
	6	Mangel an entspannungsfördernder Stressbewältigung
	7	Mangel an emotionsregulierender Stressbewältigung
	8	Mangel an sozial kompetenter Stressverarbeitung

Psychologisch/Psychiatrische Diagnose(n):


- keine
- Diagnose nach ICD-10/11: _____

Hinweis: Psychologisch/Psychiatrische Diagnose(n) bitte nach der Teamsitzung in das Dokument „Ergänzende Arztangaben (KEDOQ-Schmerz)“ (C5) übertragen.

Bitte bewerten Sie im Anschluss an das A-IMA folgende Aussage und notieren Sie gerne Ihre Anmerkungen im Freitext:

Vom Psychologen auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung des psychologischen IMA war ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitext:					

A-IMA-Termin Datum: _____

Name Patient/in: _____ **Pat-ID:** _____ 

Therapieempfehlung TEAM (Bitte ankreuzen)

Grundsätzliche Einschätzung		
Weitergehende Diagnostik <u>vor</u> Therapieentscheidung notwendig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
IMST-Ansatz erforderlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kontraindikation für IMST gegeben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Belastbarkeit für IMST gegeben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vorrangig spez. Therapiebedarf (Arzt, Psych, Physio), der <u>nicht</u> in eine IMST integrierbar ist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja:		
Ärztlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Physiotherapeutisch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychologisch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Notieren Sie im Folgenden Ihre Empfehlungen nach der Teambesprechung (Spalte 1) und dann die Empfehlungen nach Rücksprache und mit Einbezug des Patienten (Spalte 2). Mehrfachnennungen sind möglich. Gründe der Änderungen werden nachfolgend notiert.

Konkrete Empfehlung (Mehrfachangaben möglich)	Empfehlung nach Team	Empfehlung unter Einbezug der Patient/- innen
Akut-stationäre Einrichtung (Prüfung einer OP-Indikation)		
Weiterführung der bestehenden hausärztlichen Behandlung ist ausreichend		
Weiterführung der bestehenden fachärztlichen Behandlung ist ausreichend		
Neue ambulante fachärztliche Behandlung Fachrichtung: Schmerztherapie		
Neue ambulante fachärztliche Behandlung Fachrichtung (weitere): _____		
Anpassung der medikamentösen Therapie		
Funktionstraining/Rehasport		
Physiotherapie		
Ambulante Psychotherapie		
Psychosomatische Einrichtung		
Ambulante oder stationäre Reha-Behandlung		
(Teil-)stationäre IMST (im Rahmen der Regelversorgung) / RV-IMST		
Sonstiges: _____		

Begründung im Fall von Abweichungen von der „Empfehlung nach Team“ und „Empfehlung unter Einbezug der Patient/-innen“.

- Pat. lehnt Therapieempfehlung ab (z.B. kein Interesse, lehnt Therapiekonzept ab).
- Pat. lehnt aus organisatorischen Gründen die Therapieempfehlung ab.
- Sonstiges: _____

Hinweis: Bitte denken Sie daran, die Diagnosen inkl. möglicher weiterer somatischer sowie psychologischer / psychiatrischer Diagnosen im Team zu besprechen und in das Dokument „Ergänzende Arztangaben KEDOQ-Schmerz“ einzutragen!

Ziele Team (für den/die Patient/-in

Abschlussgespräch mit Patient/-in

Ziele Patient/-in nach gemeinsamem Abschlussgespräch:

Anwesenheit der Berufsgruppen

Anwesenheit	Arzt/Ärztin	Physiotherapeut/in	Psychologe/in
Teamsitzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschlussgespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bewerten Sie im Team im Anschluss an das Abschlussgespräch folgende Aussage. Sollte eine interdisziplinäre Einigung nicht möglich sein, kreuzen Sie nichts an.

Vom Team auszufüllen	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Die Zeit für die Umsetzung der Teambesprechung war ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zeit für die Umsetzung des Abschlussgesprächs war ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitext:					

Dokumentation Befundbericht

Befundbericht verschickt	Datum:
--------------------------	--------