

Titelblatt Informationstermin



Bitte erledigte Aufgaben markiere					
Informationstermin Datum:	Name Patient/-in:				
	Pat-ID:				
	(bei Teilnahme und nach Eintragung in Excel- Patientenliste)				
1. Vor dem Info-Termin: Info-Termin vere	<u>'</u>				
1. vor dem into-Termin: — into-Termin vere	einbaren				
Deutscher Schmerzfragebogen inkl. PCS	KEDOQ-Schmerz: wie üblich (+B13)				
(B11/B12)	Versenden (+B13)				
2. Aufnahmekriterien A-IMA Selektivvertra	g prüfen				
Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden					
Schmerzen (B4)	Aushändigen oder mitgebrachten Bogen verwenden				
	✓ Durchführen				
Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)	<i>p</i> Durchlumen				
Bei Einschluss (alle Einschlusskriterien zutreff	end, keine Ausschlusskriterien)				
Weiter mit Patienteninformation	,				
3. Patienteninformation und –Einwilligung	(durch Arzt/Ärztin durchzuführen)				
Patienteninformation Datenverarbeitung für die	(darch Arze Arztin darchzardnien)				
Qualitätssicherung (B7)	Durchführen und aushändigen				
Qualitatissicinerarily (D7)					
Patienteneinwilligung Datenverarbeitung für die	1x kopieren, beide Exemplare unterschreiben				
Qualitätssicherung (B8)	1 Exemplar aushändigen, 1 behalten				
Patienteninformation A-IMA Selektivvertrag (B9)	Durchführen und aushändigen				
Patienteneinwilligung A-IMA Selektivvertrag (B10)	2x kopieren, Zalle 3 Exemplare unterschreiben				
	1 Exemplar aushändigen, 1 behalten				
	1 an BARMER/andere KK schicken				
	(Fax o. klären mit Abrechnung)				
4. Patientenaufnahme? Teilnahme des Patienten	Nicht-Teilnahme				
	Nicht-Teillianne				
Patient in Excel-Patientenliste aufnehmen					
Termin für A-IMA					
Fragebogen Patient (B4) und Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)					
Eingeben unter der Patienten-ID					
Deutscher Schmerzfragebogen + PCS (B11/B12) KEDOQ-Schmerz: wie üblich (B13)					
einholen					
Eingeben unter der Patienten-ID					
Zeichenerklärung					



ja

nein

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen



Dat	um:	Name Pa	tient/in:	(Pat-ID:	_)
				der Fragen, indem Sie entwec chätzung Ihres Krankheitsbild	
1.		ss ich eine ernste,	bedrohliche Erkranku	ng habe.	
2.		nerzen habe ich me	eine körperlichen Aktiv	vitäten sehr stark reduziert.	
3.	Magen- und Dar Luftnot, Herzrase heitsgefühle, Sch	mverstimmungen,	Schwächegefühle, S st, Schwitzen, Kältesc	rperlichen Symptomen (wie z chwindel oder Hitzewallunge hauer, Übelkeit, Kribbeln, Tau	en,
4.		tzten beiden Woo	chen meistens traurig	oder niedergeschlagen.	
5. l		en letzten beiden	Wochen meistens ar	ngespannt oder besorgt gefül	nlt.
6.	nicht mehr, was r	Bezug auf meine S ichtig oder falsch i nein		rerunsichert und weiß überha	upt
7.	und/oder dem en	gibt es bei mir Pr geren Freundeskro nein		rschaft und/oder in der Fam	ilie
8.	gen/Schwierigkei		nis stehen: Es gibt m hang mit meinem Arbo Ich bin derzeit nicht be	·	un-
9.	abzuschließen.	Schmerzen neige		nzuziehen und meine Aufgab	en
10.			r an schreckliche Erei vie z.B. Unfall oder Ge	gnisse von früher denken me ewalterfahrung).	üs-





Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag



Datı	um: Name Patient/in:	_ Pat-ID:				
Eins	chlusskriterien: Alle □ müssen zutreffen					
1	Alter: mind. 18 Jahre					
2	 Schmerzen seit mind. 6 Wochen neu aufgetreten und/oder seit einer längeren Zeit wiederholt aufgetreten oder anhaltend 					
3	 Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug Schmerz-bedingte AU seit mind. 4 Wochen oder kumulierte AU von mind Wochen in den vergangenen 12 Monaten und/oder Schmerz-bedingte deutliche Beeinträchtigung in Familie/Freizeit/Arbeit 	. 6				
4	 Risikofaktoren für Chronifizierung erkennbar (mind. 1 Punkt) ausgeprägtes (verbales/non-verbales) Schmerzverhalten Hinweise auf Somatisierung (z.B. vielfältige, "bunte" Symptomatik) depressive Symptome im Erleben und/oder Verhalten ungünstige Schmerzverarbeitung (Fokussierung, Ängste,) ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten Hinweise auf Stressbelastung in Familie/Partnerschaft/soz.		Wenn mind. 1 Kreuz in li. Spalte			
Aus	schlusskriterien: Ein zutreffendes 🗆 führt zum Ausschluss					
	Andere, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen, die z.B. mit einem vorrangig fachspezifischen Behandlungsbedarf einhergehen od eine Diagnostik notwendig machen Schwere und aktive psychiatrische Stärung.	er	Wenn			
5	 Schwere und aktive psychiatrische Störung (z.B. Persönlichkeitsstörung, schwere Depression oder Angsterkrankung,					
	 (z.B. vorhergehende Therapie mit starken Opioiden über 6 Monate Dauer, vorhergehende IMST in letzten beiden Jahren) Laufendes Renten-Verfahren 					
	Sprachliche und / oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung des A-IMA unmöglich erscheinen lassen					
Aufnahme in Selektivvertrag möglich, falls alle Punkte in rechter Spalte zutreffend und Patient/in bei einer teilnehmenden Krankenkasse versichert ist.						
Nam	e der Krankenkasse:					

B12	Modul D
Deutscher Schmerzfragebogen	Modul D
Name Patient/-in:	Pat-ID:
Name I dienv III.	T dt 15.
Datum beim Ausf	füllen: Monat Jahr
Modul D Demografie, Versicherung	
D-1. Nachname: Vorname:	
Geburtsname: Geburtsdatum:	Tag Monat Jahr
D-2. Geschlecht: männlich O weiblich O	
D-3. PLZ: Wohnort:	
Straße:	
Tel. privat:Tel. dienstl.:	
Handy:E-Mail.:	
D-4. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km):	са.
D-5. Nationalität: Muttersprache:	
D-6. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres überweisenden Arztes:	
D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer der Ärzte oder Psychotherapeuten,	, die Sie zurzeit hauptsächlich
behandeln (falls abweichend von Frage D-7):	
D-8. Krankenversicherung für ambulante Behandlung:	
Tuetëndige Coochëfteetelle inkl. Adresses	_
D.O. Marakan analah anyan filir atatlan ina Dah an disana	
D-10. Beihilfe -Berechtigung: nein O ja O durch:	
D-11. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder W	/egeunfall) ja O nein O
D-12. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung?	ja O nein O
D-13. Besteht eine Zusatzversicherung ?	ja O nein O