

## Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓

Informationstermin Datum:

Name Patient/-in:

Pat-ID:

(bei Teilnahme und nach Eintragung in Excel-Patientenliste)

### 1. Vor dem Info-Termin: Info-Termin vereinbaren

Deutscher Schmerzfragebogen inkl. PCS  
(B11/B12)

  
Versenden


KEDOQ-Schmerz: **wie üblich (+B13)**

### 2. Aufnahmekriterien A-IMA Selektivvertrag prüfen

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden  
Schmerzen (B4)

 Aushändigen oder mitgebrachten Bogen verwenden

Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)


 Durchführen

### Bei Einschluss (alle Einschlusskriterien zutreffend, keine Ausschlusskriterien)





Weiter mit Patienteninformation

### 3. Patienteninformation und –Einwilligung (durch Arzt/Ärztin durchzuführen)


Patienteninformation Datenverarbeitung für die  
Qualitätssicherung (B7)

 Durchführen und aushändigen






Patienteneinwilligung Datenverarbeitung für die  
Qualitätssicherung (B8)

 1x kopieren,  beide Exemplare unterschreiben  
 1 Exemplar aushändigen,  1 behalten

Patienteninformation A-IMA Selektivvertrag (B9)

 Durchführen und aushändigen

Patienteneinwilligung A-IMA Selektivvertrag (B10)

 2x kopieren,  alle 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

 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

 Ablage     Einschicken     Eingeben     Termin vereinbaren     an Patient     Dokumentieren     Kopieren

## Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen

Datum: \_\_\_\_\_ Name Patient/in: \_\_\_\_\_ (Pat-ID: \_\_\_\_\_)



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und beantworten jede der Fragen, indem Sie entweder „ja“ oder „nein“ ankreuzen. Die Fragen helfen uns bei der Einschätzung Ihres Krankheitsbildes.

1. Ich befürchte, dass ich eine ernste, bedrohliche Erkrankung habe.  
 ja       nein
2. Wegen der Schmerzen habe ich meine körperlichen Aktivitäten sehr stark reduziert.  
 ja       nein
3. Ich leide neben den Schmerzen auch noch an anderen körperlichen Symptomen (wie z.B. Magen- und Darmverstörungen, Schwächegefühle, Schwindel oder Hitzewallungen, Luftnot, Herzrasen, Enge in der Brust, Schwitzen, Kälteschauer, Übelkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Schlafstörungen etc.).  
 ja       nein
4. Ich war **in den letzten beiden Wochen** meistens traurig oder niedergeschlagen.  
 ja       nein
5. Ich habe mich **in den letzten beiden Wochen** meistens angespannt oder besorgt gefühlt.  
 ja       nein
6. Ich fühle mich in Bezug auf meine Schmerzen sehr stark verunsichert und weiß überhaupt nicht mehr, was richtig oder falsch ist.  
 ja       nein
7. Seit einiger Zeit gibt es bei mir Probleme in der Partnerschaft und/oder in der Familie und/oder dem engeren Freundeskreis.  
 ja       nein
8. Falls Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen: Es gibt momentan erhebliche Belastungen/Schwierigkeiten im Zusammenhang mit meinem Arbeitsplatz.  
 ja       nein       Ich bin derzeit nicht berufstätig
9. Auch bei starken Schmerzen neige ich dazu, alles durchzuziehen und meine Aufgaben abzuschließen.  
 ja       nein
10. Ich habe in der letzten Zeit häufiger an schreckliche Ereignisse von **früher** denken müssen oder Träume darüber gehabt (wie z.B. Unfall oder Gewalterfahrung).  
 ja       nein



Name Patient/-in: \_\_\_\_\_ Pat-ID: \_\_\_\_\_

Datum beim Ausfüllen: 

Tag	Monat				Jahr		

**Modul D** Demografie, Versicherung

D-1. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 

Tag	Monat				Jahr		

D-2. Geschlecht: männlich  weiblich 

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): ca. 

--	--	--	--

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: \_\_\_\_\_

zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: \_\_\_\_\_

D-9. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: \_\_\_\_\_D-10. **Beihilfe**-Berechtigung: nein  ja  durch: \_\_\_\_\_D-11. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja  nein D-12. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja  nein D-13. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja  nein