Ihr Patient / Ihre Patientin …………………………………………hat am…………………(Datum)

am Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) in unserer Schmerzmedizin teilgenommen, über dessen Ergebnisse wir in diesem Schreiben berichten. Ihr Patient / Ihre Patientin hatte Chronifizierungsfaktoren und keine Gegenanzeigen und hat schriftlich in seine Teilnahme und die entsprechende Datenauswertung eingewilligt. Wir haben ein A-IMA als „Besondere Versorgung“ im Vertrag nach §140a durchgeführt. Das bedeutet, dass Arzt, Physiotherapeut und Psychologe jeweils getrennt Ihren Patienten / Ihre Patientin untersucht und dann gemeinsam im Team Therapieempfehlungen abgestimmt haben. Diese wurden im Teamgespräch vermittelt und Ihr Patient / Ihre Patientin hat zugestimmt. Die Empfehlungen haben wir Ihnen hier aufgeführt.

Bei Fragen und Rückmeldungen wenden Sie sich am besten an ………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Weiterführende (Behandlungs-)Empfehlungen** | |
| Maßnahmen der IMST |  |
| Ärztlich  (inkl. medikamentös) |  |
| Psychologisch |  |
| Physiotherapeutisch |  |
| Beruflich |  |
| Sonstiges |  |

Wir sind sehr an einer Zusammenarbeit mit Ihnen interessiert: Sie haben für Ihre Patienten mit Schmerzen dazu verschiedene Optionen:

1. Ihre Patienten können an dem Selektivvertrag der BARMER und ggf. weiterer beitretender Krankenkassen teilnehmen. Für die Voruntersuchung, das Screening auf Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung eines Patienten erhalten Sie nach dessen Entscheidung zur Teilnahme eine Aufwandspauschale in Höhe von 35€. Sie können Patienten mit Verdacht auf Risikofaktoren aber auch direkt überweisen – dann screenen wir sie.
2. Patienten ohne Chronifizierungsfaktoren oder bereits stattgefundener Chronifizierung können ebenfalls von uns aufgenommen werden und erhalten ggf. Diagnostik- und Therapieempfehlungen. Diese Patienten benötigen dann eine Überweisung von Ihnen und laufen in der üblichen Vorgehensweise der Einrichtung mit.