

Anmeldung erfolgt durch: (Arzt/Einrichtung)			
Tel./Fax		Rückruf erbeten ()	
Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Telefonnummer:		Festnetz:	mobil:
ggf. Angehöriger/Kontakt:		Tel.:	
Krankenkasse/Zusatzvers.:			
Behandlungsmodalitäten			
Chefarztbehandlung ()		Einbettzimmer ()	Begleitperson ()
Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:		Vorbehandlung im OFK ()	
Diagnosen			
() zerv. Bandscheibenvorfall		() lumb. Bandscheibenvorfall	
() Spinalkanalstenose		() deg. LWS-Syndrom	
() akutes Zervicalsyndrom		() akutes Lumbalsyndrom	
() Postnukleotomiesyndrom		() chron. Schmerzsyndrom	
() Facettensyndrom HWS		() Facettensyndrom LWS	() Facettensyndrom BWS
() sonstige Diagnose(n) _____		() Austestung erforderlich	
Relevante Nebendiagnosen/Befunde: _____			
Körpergewicht > 120kg () Herzschrittmacher () Blutgerinnungsstörung/Marcumar-Th. ()			
MRSA getestet: () nein () ja; wenn ja negativ () oder positiv ()			
SARS-CoV-2: () geimpft; Anzahl der Impfungen ____ letzte Impfung am _____ () genesen; seit _____			
Andere multiresistente Erreger oder isolierungspflichtige Infektionen () welche? _____			
Vorliegende Diagnostik			
() Rö HWS / BWS / LWS		() CT HWS / BWS / LWS	Erstellungsdatum:
() MRT HWS / BWS / LWS		() Sonstiges: _____	
Erfolgte Therapien			
Medikation: () NSAR () Cortison () Opioide oral () Opioide transdermal () Infusionen () Antidepressiva			
Physiotherapie: (Behandlungen in den letzten drei Monaten) () 6x () 12x () > 12x () EAP () Reha stat.			
Sonst. Th.: () Elektroth. () TENS () Injektionen () Akupunktur () Psychotherapie () ambulante Schmerztherapie durch Schmerzzentrum/-therapeuten			
Einweisungsindikation			
() akutes Schmerzsyndrom		() ausgeschöpfte amb. Th.	() Inoperabilität
() Immobilität		() neurolog. Defizite	() keine Rehabfähigkeit
() multimodale Schmerztherapie			
Datum:	Unterschrift des Einweisers:		
Datum:	Anmeldung angenommen: _____		
	Unterschrift Chefarzt		