

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
() sonstige Diagnose(n) _____		() Facettensyndrom BWS
		() 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
() MRT HWS / BWS / LWS		Erstellungsdatum: _____
		() 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	