

Norderstraße 81  
 25980 Sylt OT Westerland  
**Aufnahme und Terminorganisation**  
**Telefon 04651/844411**  
**→ Fax 04651/84464411**  
 Email: [Schmerzmedizin.sylt@asklepios.com](mailto:Schmerzmedizin.sylt@asklepios.com)  
 Internet: [www.asklepios.com/sylt/akut](http://www.asklepios.com/sylt/akut)

Asklepios Nordseeklinik Westerland Norderstrasse 81 – D-25980 Sylt / OT Westerland

An die  
 Nordseeklinik Sylt  
 Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin,  
 Schmerzmedizin  
 Norderstraße 81  
 25980 Sylt OT Westerland

**Ihre Ansprechpartnerinnen:**

- ① Frau Hsu (-4411)
- ① Frau Golz-Petersen (-4411)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Einweisung. Wir bitten Sie zur Vorbereitung der Aufnahme um die nachfolgenden Informationen (per Fax oder Email geht es schneller):

Patientenname:	Geboren am:
Straße, PLZ, Ort:	Telefon:
Diagnosen:	
<b>Folgende Punkte müssen bitte zur Terminvergabe zugesandt werden:</b>	Erledigt Ja - Nein
• Dieses Anschreiben, ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• - Vom Arzt: Aufnahme-Checkliste, Vorbefunde, Bildgebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• - Vom Patient: MIDAS-Fragebogen, Schmerzkalender, Schmerzfragebogen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wie hoch stufen Sie die Aufnahmepriorität ein: <input type="checkbox"/> Höchstdringlich <input type="checkbox"/> Dringlich <input type="checkbox"/> Mittel	
<b>Zur Termin- und Zimmerplanung erbitten wir folgende Angaben:</b>	Ja - Nein
Es besteht eine Suizidgefährdung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Psychologische Therapieverfahren werden abgelehnt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es besteht eine komplexe psychiatrische Komorbidität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es besteht eine Medikamentenabhängigkeit oder ein Medikamentenübergebrauch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es bestehen ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
♿ Ein Zimmer mit behindertengerechtem Bad, Toilette und Rollstuhl ist erforderlich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pat. benötigt beim Waschen, Baden, Essen, Toilette etc. Unterstützung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beim Gehen und Treppensteigen ist Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Es werden spezielle Hilfsmittel benötigt. Bitte ggf. erläutern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre freundliche Kooperation. Nach Durchsicht der Unterlagen werden wir uns direkt mit Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten bzgl. des Aufnahmetermine in Verbindung setzen.

.....  
 Unterschrift/Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt

Ihre Email-Adresse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Aufnahme-Checkliste

### A. Die Diagnose der Schmerzerkrankung ist trotz wiederholter Untersuchungen in Zweifel:

- Es bestehen Schmerzen mit schwerem Leidensdruck *seit mindestens sechs Monaten*, aber eine spezifische Ursache kann in den medizinischen Einzeldisziplinen nicht aufgedeckt werden.
- Die wiederholte Suche nach strukturellen Läsionen erbrachte keinen Befund, der die Intensität und Dauer der Schmerzen mit schwerem Leidensdruck erklären kann und es besteht eine ständige ineffiziente Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.
- Es besteht ein komplexes biopsychosoziales Bedingungsgefüge für die chronische Schmerzerkrankung. Einzeldiagnostik in den verschiedenen Fächern führt nicht zu einer erfolgreichen Evaluation und Aufstellung einer effektiven Therapiestrategie. Der Schmerz hat eigenständigen Krankheitswert mit schwerem Leidensdruck.

### B. Die Effektivität der Behandlung ist trotz wiederholter Behandlungsversuche unbefriedigend:

- Wiederholte ambulante Behandlungsversuche einschl. Vorstellung bei einem Schmerztherapeuten führten nicht zu einer Reduktion des schweren chronischen Leidensdruckes.
- Interventionelle oder operative Maßnahmen sind fehlgeschlagen
- Es besteht Arbeitsunfähigkeit seit mehr als 6 Wochen
- Es besteht ein Schmerzstatus (z.B. akutes CRPS, Chronische postherpetische Neuralgie, Status migränosus etc.), der durch nicht-spezialisierte Behandlung nur unzureichend behandelt werden kann.

### C. Die chronische Schmerzkrankheit führt zu Medikamentenübergebrauch:

- Ambulante oder stationäre Entzugsversuche sind erfolglos geblieben.
- Nahezu tägliche Einnahme von multiplen Wirkstoffen oder Kombinationspräparaten
- Geplanter Opioid-Entzug
- Gravierende körperliche Komorbidität (z.B. Rückenschmerz, schwere Adipositas)
- Gravierende psychische Komorbidität (z.B. Angst, Depression, Essstörung)
- Komplizierende psychosoziale Bedingungen (z.B. Partnerkonflikte)

### D. Komorbidität führt zu einer Komplizierung der Behandlung

- Physische Komorbidität (z.B. Myokardinfarkt, Medikamentenunverträglichkeiten etc.) bedingt Überwachung mit den Mitteln des Krankenhauses
- Es bestehen Einschränkungen und Behinderungen, die eine umfassende ambulante Behandlung nicht zulassen (z.B. eingeschränkte Mobilität, Koordination)
- Psychische Komorbidität (z.B. Depression, Angsterkrankung) führen im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung zur Therapieresistenz und erfordern ein spezielles stationäres multimodales Therapieprogramm.

### E. Akute Exazerbation

- Akute Exazerbation, schmerztherapeutischer Notfall (z.B. Ausbrechen einer aktiven Periode eines Clusterkopfschmerzes, plötzliche Therapieresistenz einer Trigeminusneuralgie nach primär langfristiger Effektivität etc.).

.....  
Unterschrift/Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Bitte durch Patientin/Patient ausfüllen lassen

## MIDAS Fragebogen

**Anleitung:** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Schmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Schreiben Sie 0, wenn die Antwort negativ ist.

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Schmerzen nicht zur Arbeit oder zur Schule gegangen? Tage

2. An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu) Tage

3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Schmerzen keine Hausarbeit verrichten? Tage

4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu) Tage

5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Schmerzen nicht teilnehmen können? Tage

Ergebnis: Tage

A: An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen? (Wenn die Schmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag): Tage

B Wie stark waren diese Schmerzen?

Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Skala von 0 - 10 an. (0 = keine Schmerzen, 10 = sehr starke Schmerzen)

Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1- 5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. (Die Fragen A und B bitte NICHT dazuzählen)

Auswertung des MIDAS Fragebogens:

Grad	Definition	Punkte
I	wenig oder keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 0 - 5
II	geringe Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 6 - 10
III	mäßige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 11 - 20
IV	schwere Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 21+