

Schmerztherapie Taunusstein

Praxis für Schmerztherapie Thomas Lupp
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin

Erich-Kästner-Straße 3
06128/99 99 260
kontakt@schmerztherapie-taunusstein.com

Für die Erstvorstellung bitten wir, bereits im Vorfeld online den Deutschen Schmerzfragebogen auszufüllen.

Hierzu gehen Sie bitte auf die Internetseite der Fragebogendatenbank der Deutschen Schmerzgesellschaft: www.mein-schmerz.de (siehe Anleitung). Dort können Sie sich kostenlos zum Fragebogen anmelden, bitte **registrieren** Sie sich. Sie können den Fragebogen dann online zu Hause ausfüllen. Am Ende drücken Sie bitte die Auswertung aus. Auf dem Ausdruck müssen dann oben zwei sog. QR-Codes (quadratische Muster) sein, bitte Ihren Namen handschriftlich noch auf dem Bogen notieren.

Dieser Schmerzfragebogen mit dem QR-Code muss bitte **vollständig** ausgefüllt bei uns abgeben oder auf dem Postweg zugesandt werden (nicht per E-Mail).

Um den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen auswerten und beurteilen zu können, benötigen wir Kopien Ihrer ärztlichen schriftlichen Befunde, einen aktuellen Medikamentenplan und vorhandene Untersuchungsunterlagen in Kopie.

Beachten Sie bitte, dass die Kopien bei uns verbleiben, es erfolgt keine Rückgabe. Bitte fügen Sie nur die Befunde bei, welche sich auf Ihr aktuelles Krankheitsbild beziehen.

Nach Auswertung und Beurteilung **melden wir uns** bei Ihnen, um mit Ihnen einen Termin zum Erstgespräch zu vereinbaren.

Das Erstgespräch ist immer sehr zeitintensiv.

Wir bitten Sie darum, Termine rechtzeitig abzusagen, damit es uns möglich ist, die entsprechende Lücke zu schließen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Freundliche Grüße

Ihre Praxis für Schmerztherapie

Schmerztherapie Taunusstein

Praxis für Schmerztherapie Thomas Lupp
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin

Erich-Kästner-Straße 3
06128/99 99 260
kontakt@schmerztherapie-taunusstein.com

Patientenangaben

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Anschrift:

.....

Telefon tagsüber: zu Hause:

E-Mail:

Krankenkasse mit Anschrift:

.....

Mitgliedsnummer:

Beruf: tätig als:

Arbeitgeber:

Hausarzt (Adresse):

.....

Mitbehandelnde Ärzte:

Empfohlen durch: