

Indikationsfragebogen für eine CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention nach Ziffer 34504 EBM

Veranlassender Arzt:

Fachgebiet:

Patientenname:

Geburtsdatum:

Diagnose

Nervenwurzelreizsyndrom

HWS re... li...
LWS re... li...
BWS re... li...

Facettensyndrom

HWS re... li...
LWS re... li...
BWS re... li...

SIG-Affektion re... li...

Aktuelle MRT/CT erfolgt (bitte Befundkopie anheften):

Bisherige multimodale Therapie:

Schmerzmedikation aktuell

Paracetamol: NSAR: Metamizol: Flupirtin:
Antidepressiva: Antiepileptika: Myotonolytika: Neuroleptika:
Corticoide: Opioide: Sonstige:

Physikalische Therapie

KG:..... KG/Geräte:..... MT:..... Osteopathie:..... MLD:..... Massage:..... Bäder:.....
Wärmetherapie: Elektrotherapie (TENS): Funktionstraining: Kur (stat. oder amb.):

Sonstige ergänzende Verfahren

Infiltrationen:mal Akupunktur:mal Laser:.....mal
Entspannungstherapie:mal Psychotherapie:.....mal

Hilfsmittelversorgung:.....

Ärztliche Mitbetreuung durch

Hausarzt: ja/nein Orthopäde: ja/nein Neurochirurg: ja/nein
Neurologe: ja/nein FA für physikalische Therapie: ja/nein
Schmerztherapeut: ja/nein Internist: ja/nein
Psychiater/Psychologe: ja/nein Stationäre Schmerztherapie: ja/nein

Datum und Unterschrift veranlassender Arzt

Indikation: ja / nein:

Datum/ Unterschrift indikationsprüfender Arzt