Center da sandà Engiadina Bassa
CLINICA CURATIVA
Via da l'Ospidal 280
CH-7550 Scuol
Tel. 081 861 13 00
Fax. 081 861 13 01
E-Mail clinica.curativa@cseb.ch

CLINICA CURATIVA
CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

Zuweisung und Kostengutsprachegesuch Schmerztherapie

☐ Stationäre integrative multimodale Schmerztherapie

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt
Name / Praxis / Kontaktangaben

Hausärztin / Hausarzt
Name / Praxis / Kontaktangaben

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name _____ **Geschlecht** ☐ w ☐ m ☐ divers

Vorname _____ **Telefon** _____

Geb.Dat. _____ **E-Mail** _____

Adresse _____ **AHV-Nr.** _____

PLZ | Ort _____

Versicherungsangaben

Krankenversicherung _____ **Versicherten-Nr.** _____

Zusatzversicherung _____ **Versicherten-Nr.** _____

Spitalversicherung _____ **Schadensart** _____

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV

Medizinische Angaben

Hauptdiagnose / Schmerzdiagnose (ICD-10, falls bekannt), Begleiterkrankungen

Schmerzdauer / Beginn: _____ **Schmerzlokalisation:** _____

Bisherige Behandlungen und Verlauf (Medikamente, Therapien, Eingriffe)

Aktuelle Schmerzmedikation / relevante Risiken: _____
und weitere Medikamente (Benzodiazepine, Psychopharmaka, Schlafmedikamente):

Indikationsmerkmale multimodale Schmerztherapie (CHOP 93.A2)

MUSS ZWINGEND AUSGEFÜLLT WERDEN · bitte Zutreffendes ankreuzen (mindestens 3 Merkmale).

☐ Beeinträchtigung von Lebensqualität und / oder Arbeitsfähigkeit
☐ Erfolglose bisherige unimodale Schmerztherapie oder schmerzbedingte, erfolglose Operation
☐ Medikamentenabhängigkeit oder Medikamentenfehlgebrauch
☐ Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
☐ Gravierende somatische Begleiterkrankung

Center da sandà Engiadina Bassa
CLINICA CURATIVA
Via da l'Ospidal 280
CH-7550 Scuol
Tel. 081 861 13 00
Fax. 081 861 13 01
E-Mail clinica.curativa@cseb.ch

CLINICA CURATIVA
CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

Soziale und berufliche Situation

☐ lebt alleine ☐ Betreuungsbedarf im Alltag

Aktueller Beruf: _____

Arbeitsunfähigkeit: ☐ Nein ☐ Ja in %: _____ seit: _____

IV-Abklärung: ☐ erfolgt ☐ pendent

Wenn erfolgt · IV: ☐ Ja ☐ Nein Grad %: _____

Gegenwärtiger Zustand / Indikation zur Schmerztherapie

A Schmerzbedingte Einschränkungen (ICF-orientiert)

☐ Mobilität / körperliche Belastbarkeit
☐ Alltag / Selbstversorgung
☐ Schlaf / Erholung
☐ Psychische Belastung
☐ Arbeitsfähigkeit / Beruf
☐ Soziale Teilhabe
☐ Umgang mit Schmerz / Stress
☐ Gruppenfähigkeit
☐ Selbstpflege

B Behandlungsziele / Erwartungen an die Schmerztherapie

C Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit

☐ Ambulante Behandlungsversuche bisher nicht ausreichend
☐ Komplexer interdisziplinärer Therapiebedarf
☐ Erhebliche Einschränkung im Alltag oder bei der Arbeit

Warum ist eine ambulante Behandlung derzeit nicht ausreichend?

D Voraussetzungen / Eintritt

Aktive Teilnahme an Einzel- und Gruppentherapien möglich: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar

Gewünschter Eintritt / Verfügbarkeit: _____

Patientenberichte

☐ beigelegt ☐ werden nachgereicht ☐ Medikamentenliste beigelegt

Ort / Datum: _____ **Arztstempel & Unterschrift:** _____