



**Fragebogen zur Aufnahme/Wiederaufnahme in den
Schmerztherapieführer Deutschland**

Die online HMTL Version finden Sie [hier](#) - Das PDF kann komplett am Bildschirm ausgefüllt werden.

Mitgliedsnummer DGS: _____ Ich bin noch kein Mitglied habe aber Interesse!

1. Persönliche Daten

Privatadresse:

Titel: _____ Tel.: _____
Vorname: _____ Fax: _____
Name: _____ Email: _____
Straße: _____ Geb. Datum: _____
PLZ: _____ Fachgebiet: _____
Ort: _____ Zusatzbez.: _____

2. Daten zur schmerztherapeutischen Einrichtung

Dienstliche Adresse:

Praxis/Klinik: _____ Tel.: _____
Straße: _____ Fax: _____
PLZ: _____ Email: _____
Ort: _____ Homepage: _____

Ausführliche Darstellung der Angaben im STF
nur für Mitglieder mit verbandsinterner
Zertifizierung (Algesiologe / Psycholog.
Schmerztherapeut DGS), alle übrigen Mitglieder
werden mit Kurzdarstellung abgebildet!

Öffnungszeiten:

Mo _____
Di _____
Mi _____
Do _____
Fr _____

Behindertengerecht: ja nein

Art der Einrichtung:

- Schmerzpraxis bzw. Psychotherapeutische Praxis
 - ambulante Behandlung mit Tagesklinik mit Belegbetten
- Schmerzzentrum
- Schmerzambulanz an einer Klinik
 - ambulante Behandlung mit Bettenstation für Schmerzpatienten
- Schmerzabteilung, Schmerzklinik
 - stationäre Behandlung auch ambulante Behandlung mit Tagesklinik
- Kur-bzw. Reha-Einrichtung
 - ambulante Behandlung mit Tagesklinik nur stationär

Patienten:

- nur Schmerzpatienten
- aller Kassen überwiegend Schmerzpatienten
- ausschließlich Privatpatienten auch Schmerzpatienten

3. Fachliche Daten

Spezialisiert auf folgende Schmerzsyndrome:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Schmerzen bei spinaler Spastik |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Krebschmerzen/Palliativmedizin | <input type="checkbox"/> somatoforme Schmerzsyndrome |
| <input type="checkbox"/> Kreuz-/Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> CRPS |
| <input type="checkbox"/> Neuralgien | weitere Syndrome: |
| <input type="checkbox"/> Phantomschmerzen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Polyneuropathien | Schwerpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumaschmerzen | _____ |

Spezialisiert auf folgende therapeutische Verfahren: (Algesiologen)

- Akupunktur
- Autogenes Training
- Biofeedback
- Botulinumtoxin
- Denervationsverfahren
- Entzugsbehandlung
- Hypnose
- Intrathek. Baclofentherapie
- Pumpen-Implantation
- Körperorient. Psychotherapie
- Laser
- Manuelle Therapie
- Naturheilverfahren
- Pharmakotherapie

- Physikalische Therapie
- Plexus-/Rückenmarksnahe Anästhesie
- Progressive Muskelrelaxation
- Psychosomatischen Grundversorgung
- Rückenmarksnahe Opioidapplikation
- Sympathikusblockaden
- Therapeutische Lokalanästhesie
- TENS
- Zentrale Stimulation

Sonstige:

Schwerpunkt: _____

(Psychol. Schmerztherap.)

- Biofeedback
- Einzeltherapie
- Entspannung/Imagination
- Entzugsbehandlung
- EMDR
- Gesprächspsychotherapie
- Gruppenbehandlung
- Hypnose
- kogn. Verhaltenstherapie
- Körperorient. Psychother.
- neurolinguist. Programm.
- Paar-/Familientherapie
- Psychoanalyt. Verfahren

Sonstige:

Schwerpunkt: _____

4. Qualifikationen/Schmerzkonferenzen

- Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie? ◦ ja ◦ nein
Beschäftigen Sie in Ihrer Praxis eine algesiologische Fachassistenz? ◦ ja ◦ nein
Bieten Sie Hospitationsmöglichkeiten zur Schmerztherapie? ◦ ja ◦ nein

Wie oft haben Sie im letzten Jahr an interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilgenommen?

- mehr als 12 ◦ 8-12 ◦ 4-8 ◦ weniger als 4 Zeitpunkt: _____
(z.B. jeden 1. Montag im Monat, 20.00 Uhr)

Bei welcher Einrichtung/Praxis (bitte Adresse angeben)

Tel. für Patientenmeldung: _____

Besteht eine Zusammenarbeit mit einer Patienten-Selbsthilfegruppe?

Wenn ja, mit welcher? ◦ ja ◦ nein

(Name und Kontaktadresse des Selbsthilfe-Gruppenleiters)

5. Bitte nennen Sie uns jeweils bis zu 5 Schwerpunkte Ihrer Arbeit:

Syndrome:

- Gesichtsschmerzen
- Herpes Zoster
- Kopfschmerzen
- Krebsschmerzen/Palliativmedizin
- Kreuz-/Rückenschmerzen
- Neuralgien
- Phantomschmerzen
- Polyneuropathien
- Rheumaschmerzen
- Schmerzen bei Durchblutungsstörungen
- Schmerzen bei Spinaler Spastik
- Schmerzen des Bewegungsapparates
- somatoforme Schmerzsyndrome
- Sympathische Reflexdystrophien

Methoden:

- Akupunktur
- Autogenes Training
- Biofeedback
- Botulinumtoxin
- Denervationsverfahren
- EMDR
- Entzugsbehandlung
- Gesprächspsychotherapie
- Hypnose
- Implantation von Pumpen und Ports, u.ä.
- Intrathekale Baclofentherapie
- Körperorientierte Psychotherapie
- Kognitiv verhaltenstherapeutische Verfahren
- Laser
- Manuelle Therapie
- Naturheilverfahren
- Neurolinguistisches Programmieren
- Paar- und Familientherapie
- Pharmakotherapie
- Physikalische Therapie
- Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien
- Progressive Muskelrelaxation
- Psychoanalytisch orientierte Verfahren
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie
- Einzelbehandlung
- Gruppenbehandlung
- Rückenmarksnahe Opioidapplikation
- Sympathikusblockaden
- Therapeut. Lokalanästhesie
- Transkutane Nervenstimulation
- Zentrale Stimulation

Ich möchte **nicht**, dass meine Daten im Schmerztherapieführer Deutschland veröffentlicht werden und bin **nicht** mit der Weitergabe meiner Daten einverstanden.

6. Daten für unsere Mitgliederstatistik (werden nicht veröffentlicht)

An welche Adresse sollen wir Ihnen die Unterlagen der DGS zusenden?

◦ Privatadresse ◦ Praxisadresse ◦ Emailadresse _____

Welchem Ärztekammerbereich/ bzw. KV-Bereich gehören Sie an?

_____ / _____

Von welchem Konto sollen wir Ihre Mitgliedsbeiträge künftig abbuchen?

- die Kontoverbindung ist unverändert geblieben.
- die neue Kontoverbindung lautet:

Kontonummer: _____ BLZ: _____ Kreditinstitut: _____

Sind Sie Mitglied in weiteren ärztlichen Vereinigungen?

- DÄGfA DGFAN DGSS DMKG GGMM IASP BDA

sonstige:
