



SCHMERZ- FRAGEBOGEN

der
Initiative Schmerz e.V.

Von Patient:innen, Ärzt:innen und Therapeut:innen zur Erleichterung der Kommunikation in der Schmerztherapie entwickelt.

Stempelfeld Einrichtung bzw. Ärzt:in

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens?

Auf www.schmerzlinks.at (hier direkt mittels qr - code erreichbar) finden Sie Beispiele und Inspirationen, wie der Fragebogen ausgefüllt werden könnte.



DATUM

--	--	--

TITEL

VORNAME

NACHNAME

--	--	--

VERS.NR.

GEBURTSDATUM

ALTER

GRÖSSE

GEWICHT

--	--	--	--	--

ADRESSE

PLZ

ORT

--	--	--

TELEFONNUMMER

E - MAIL ADRESSE

--	--

KRANKENVERSICHERUNG

ZUSATZVERSICHERUNG

--	--

HAUSÄRZT:IN

TELEFONNUMMER DER HAUSÄRZT:IN

--	--

BEI WELCHEN ÄRZT:INNEN UND / ODER THERAPEUT:INNEN DER INTERDISziPLINÄREN PRAXIS SCHMERZTEAM
SIND SIE AUFGRUND CHRONISCHER SCHMERZEN IN BEHANDLUNG?

 Dr.ⁱⁿ Catherine Chaput Julia Leyrer Anja Pillwein, MSc Dr.ⁱⁿ Giulia Panzer Dr.ⁱⁿ Regina Hochmair, MSc Birgit Adrario

WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN AN DEN HEUTIGEN TERMIN?

.....
.....

HABEN SIE FRAGEN AN DIE ÄRZT:IN? WAS IST IHNEN WICHTIG, IHRER ÄRZT:IN MITZUTEILEN?
FALLS DIES EIN FOLGETERMIN IST: SIND FRAGEN VON IHREM LETZTEN TERMIN OFFEN GEBLIEBEN?

.....
.....

WIE HABEN SIE VON UNS ERFAHREN?

 Docfinder Google Apotheke Weinberg Freunde, Bekannte, Verwandte überwiesen worden von: 

**1. KREUZEN SIE BITTE AUF DEN UNTEN AUFGEFÜHRten SKALEN AN, WIE STARK SIE IHRE SCHMERZEN EMPFINDEN
(FALLS SIE MEDIKAMENTE EINNEHMEN, KREUZEN SIE BITTE DIE SCHMERZSTÄRKE AN, DIE SIE UNTER IHRER DAUERMEDIKATION EMPFINDEN). 0 = KEINE SCHMERZEN, 10 = STÄRKSTER VORSTELLBARER SCHMERZ**

a. Wie stark sind Ihre Schmerzen IN DIESEM AUGENBLICK?



b. Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich in den LETZTEN 4 WOCHEN?



c. Wie stark waren Ihre stärksten Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN?



d. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



e. Können Sie sich an Ihren letzten schmerzfreien Tag / Moment erinnern? Wenn ja, wann war das?

2. AN WIE VIELEN TAGEN KONNTEN SIE IN DEN LETZTEN 3 MONATEN AUFGRUND VON SCHMERZEN NICHT IHREN ÜBlichen AKTIVITÄTEN NACHGEHEN (Z.B. BERUF, SCHULE, HAUSHALT)?

Tagen

**3. WIE SEHR HABEN IHRE SCHMERZEN FOLGENDE TÄGTIGKEITEN IN DEN LETZTEN 3 MONATEN BEEINTRÄCHTIGT?
0 = KEINE BEEINTRÄCHTIGUNG, 10 = VOLLE BEEINTRÄCHTIGUNG**

a. Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen,...)



b. Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis?



c. Arbeitsfähigkeit (einschließlich Haushalt, Kinderbetreuung, Pflegearbeit,...)?



PLATZ FÜR ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN:



4. MACHEN SIE IHRE SCHMERZEN FÜR IHRE THERAPEUT:INNEN SICHTBAR:

Bitte zeichnen Sie in der folgenden Darstellung ein, an **WELCHEN KÖRPERSTELLEN** Sie Schmerzen haben.

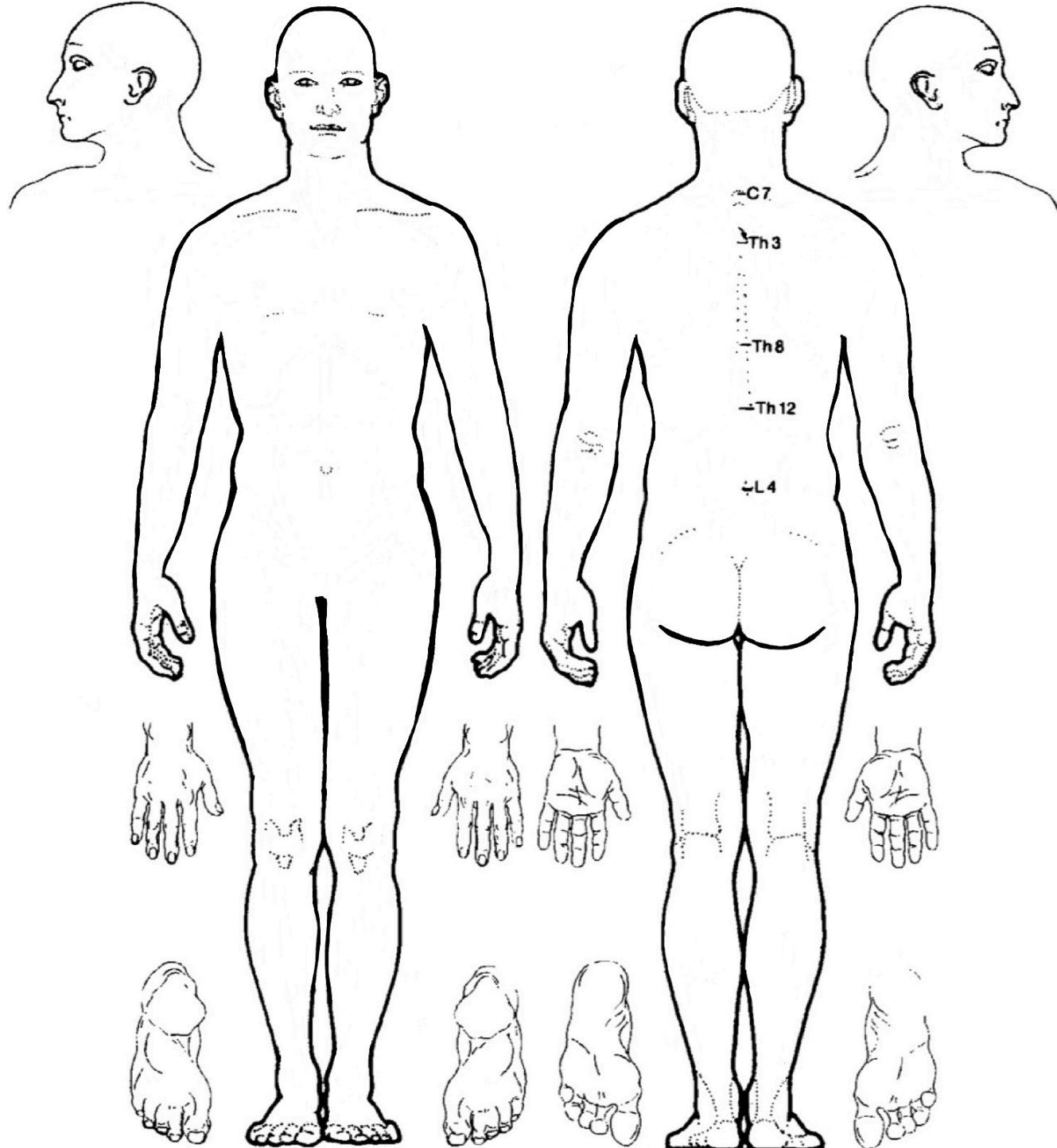
Zeichnen Sie **ALLE** Ihre Schmerzen ein und markieren Sie die **UNTERSCHIEDLICHEN** Schmerzen mit **BUCHSTABEN**.

Geben Sie bitte auch die **SCHMERZSTÄRKE** der **UNTERSCHIEDLICHEN SCHMERZEN** an.

(0 = keine Schmerzen, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Zeichnen Sie bitte in der Darstellung zusätzlich auch Ihre **OPERATIONEN** ein.

Sie können beim Einzeichnen Ihrer Schmerzen und Ihrer Operationen mit unterschiedlichen Farben, Formen und Symbolen arbeiten.



Benötigen Sie eine genaue Anleitung oder Inspiration?

Auf www.schmerzlinks.at finden Sie einige Beispiele,
die hilfreich sein könnten.



5. BITTE BESCHREIBEN SIE IN DEN FOLGENDEN 2 TABELLEN IHRE EINGEZEICHNETEN SCHMERZEN:

a. kreuzen Sie in dieser Tabelle folgende Beschreibungen an, die auf Ihre Schmerzen zutreffen und tragen Sie den Buchstaben des eingezeichneten Körperteils ein

BESCHREIBUNG DES SCHMERZES	WENN JA, WO?	SCHMERZLOKALISATION Buchstabe oder Körperteil
<input type="checkbox"/> brennend (z.B. wie Brennesseln oder heißes Öl)	→	
<input type="checkbox"/> kribbeln od. prickelnd (z.B. wie Ameisenlaufen)	→	
<input type="checkbox"/> ist leichte Berührung schmerhaft? (z.B. wie Kleidung, Bettdecke)	→	
<input type="checkbox"/> Kälte	→	
<input type="checkbox"/> Taubheit	→	
<input type="checkbox"/> blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken	→	

b. Bitte beschreiben Sie hier, **WIE** sich Ihre **SCHMERZEN** an der jeweiligen Körperstelle **ANFÜHLT**. In der Box auf der rechten Seite finden Sie eine Liste mit Adjektiven, die Ihnen bei der Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.

SCHMERZLOKALISATION (Buchstabe)	BESCHREIBUNG DES SCHMERZES
BEISPIEL SCHMERZ "A"	ZIEHEND
A.	
B.	
C.	
D.	
E.	
F.	
G.	
H.	

Liste von möglicherweise hilfreichen
ADJEKTIVE zur **BESCHREIBUNG** Ihrer
Schmerzen

- | | |
|------------------|---------------------|
| • pulsierend | • kribbelnd |
| • klopfend | • juckend |
| • pochend | • krampfartig |
| • durchtrennend | • ermüdend |
| • scharf | • erschöpfend |
| • schneidend | • quälend |
| • zerreißend | • marternd |
| • einschießend | • zermürbend |
| • elektrisierend | • schweißtreibend |
| • beengend | • Übelkeit erregend |
| • beklemmend | • kolikartig |
| • dumpf | • wehenartig |
| • drückend | • wellenförmig |
| • stechend | • beunruhigend |
| • bohrend | • erschreckend |
| • ziehend | • furchterregend |
| • zerreißend | • grausam |



6. SEIT WANN BESTEHEN IHRE SCHMERZEN?

7. AUF WELCHE URSA�EN FÜHREN SIE IHRE SCHMERZEN ZURÜCK? (MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH)

- für mich ist keine Ursache erkennbar
 auf eine bestimmte Krankheit

wenn ja, welche?

- auf eine Operation

wenn ja, welche?

Datum der Operation:

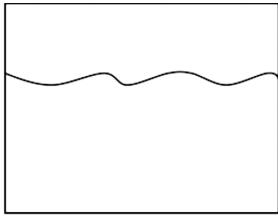
- auf einen Unfall

wenn ja, welchen?

Datum des Unfalls:

- auf körperliche Belastung
 auf seelische Belastung
 auf eine andere Ursache

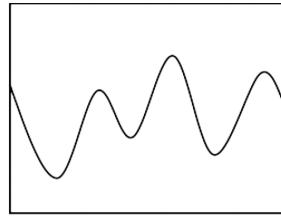
wenn ja, welche?

8. WELCHE DER AUSSAGEN TRIFFT AUF IHRE SCHMERZEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN AM BESTEN ZU?
(BITTE NUR EINE ANGABE MACHEN!)

Zeit



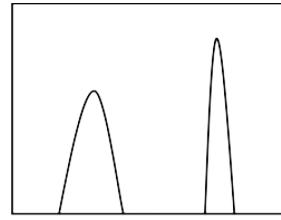
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Zeit



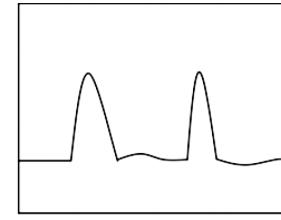
Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



Zeit



Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



Zeit



Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Falls Sie unter SCHMERZATTACKEN leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie zusätzlich bitte noch folgende 2 Fragen:

a. wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

b. wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

9. WANN SIND IHRE SCHMERZEN BESONDERS STARK? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> nachmittags | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> nach dem Schlafen |
| <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> nach Belastung | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges | | | |



10. WIE REAGIEREN SIE FÜR GEWÖHNLICH, WENN SIE STARKE SCHMERZEN HABEN? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> körperlich schonen | <input type="checkbox"/> Auf- und Abgehen | <input type="checkbox"/> Hinlegen | <input type="checkbox"/> versuchen sich abzulenken |
| <input type="checkbox"/> Medikamente nehmen | <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Lagewechsel | <input type="checkbox"/> aushalten, ertragen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges | | | |

11. WIE KÖNNEN SIE IHRE SCHMERZEN POSITIV BEEINFLUSSEN?

.....

- Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

12. WAS LÖST IHRER ERFAHRUNG NACH DIE SCHMERZEN AUS ODER VERSCHLIMMERT SIE?

.....

- Ich weiß es nicht

13. WELCHE UMSTÄNDE ERSCHWEREN IHNEN DEN UMGANG MIT DEN SCHMERZEN ODER IHREN BEEINTRÄCHTIGUNGEN?

im häuslichen Umfeld

im beruflichen Umfeld

14. LEIDEN SIE UNTER BEGLEITSYMPOTOME IN BEZUG AUF IHRE SCHMERZERKRANKUNG?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kraftverlust | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges | | |

15. SIND DIESSE SYMPTOME ABHÄNGIG VON....? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

- ... Belastung ... Schmerzen Medikamenten
- inwiefern?

16. AN FRAUEN:

a. Haben Sie einen Kinderwunsch?

- ja nein

b. Verhüten Sie?

- ja nein

wenn ja, wie?

c. Leiden Sie unter Regelschmerzen?

- ja nein

wenn ja, inwiefern?

d. Anzahl der Schwangerschaften / Geburten



17. VON WEM WURDEN SIE BISHER AUFGRUND IHRER SCHMERZEN UNTERSUCHT ODER BEHANDELT?

FACHGEBIET	NAME	BEHANDLUNG (VON - BIS)
<input type="checkbox"/> keine Behandlung		
<input type="checkbox"/> Allgemeinärzt:in		
<input type="checkbox"/> Orthopäd:in		
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut:in		
<input type="checkbox"/> Neurochirurg:in		
<input type="checkbox"/> Neurolog:in		
<input type="checkbox"/> Internist:in		
<input type="checkbox"/> Psychiater:in		
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut:in		
<input type="checkbox"/> Ärzt:in mit ÖAK -Diplom Schmerztherapie		
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker:in Energetiker:in		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

18. BITTE NOTIEREN SIE HIER IHRE SCHMERZBEZOGENEN STATIONÄREN KRANKENHAUSAUFGENTHALTE:

NAME DES KRANKENHAUSES	IN BEHANDLUNG (VON - BIS)



19. BITTE NOTIEREN SIE HIER IHRE SCHMERZBEZOGENEN KUR- ODER REHABILITATIONSAUFGENTHALTE:

NAME DER REHABILITATIONSEINRICHTUNG	IN BEHANDLUNG (VON - BIS)

20. BITTE NOTIEREN SIE HIER ALLE ERKRANKUNGEN UND OPERATIONEN, DIE SIE SEIT IHRER GEBURT HATTEN:



21. SCHLAF: FALLS SIE SCHLAFSTÖRUNGEN HABEN, LEIDEN SIE UNTER.... ich schlafe sehr gut vorzeitiges Erwachen ... Durchschlafstörung ... Einschlafstörung (über 1 Stunde) ... Schlafapnoe

a. Wieviele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

 Stunden

b. Wieviele Stunden Schlaf denken Sie zu benötigen?

 Stunden

c. Um wieviel Uhr gehen Sie für gewöhnlich schlafen?

 Uhr

d. Wie lange benötigen Sie um einzuschlafen?

e. Wachen Sie morgens müde auf?

 ja nein

f. Haben Sie Alpträume?

 ja nein

g. Schlafen Sie tagsüber?

wenn ja, wie lange?

h. Denken Sie, dass Sie nachts mit den Zähnen knirschen / pressen?

 ja nein**22. SEELISCHE LEIDEN, SYMPTOME: LEIDEN SIE UNTER...** Burnout Ängsten Panikattacken Depressionen Gedankenkreisen Flashbacks (wiederkehrende Bilder von belastenden Situationen) PTBS Zwängen Essstörung andere **23. FALLS SIE KOPFSCHMERZEN HABEN, LEIDEN SIE ZUSÄTZLICH UNTER...?** ...Übelkeit oder Erbrechen ...Licht- und Lärmempfindlichkeit ...verstärkt sich Ihr Kopfschmerz, wenn Sie Sport betreiben oder sich bücken**24. LEIDEN SIE UNTER VERDAUUNGSBESCHWERDEN?** ja nein Reizdarm Verstopfung andere 

25. WIE WURDEN IHRE SCHMERZEN BISHER BEHANDELT? KREUZEN SIE BITTE DIE BEHANDLUNGSMASSNAHMEN AN, DIE SIE BEREITS ERHALTEN HABEN. GEBEN SIE BITTE AUCH AN, OB DIE ENTSPRECHENDE MASSNAHME IHRE SCHMERZEN GELINDERT HAT.

KREUZEN SIE BITTE JENE BEHANDLUNGEN AN, DIE SIE BISHER ERHALTEN HABEN:	WENN JA →	WAR DIE BEHANDLUNG WIRKSAM?		
		JA	ETWAS	NEIN
<input type="checkbox"/> Medikamente	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infusionen	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> diverse Infiltrationen	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tens (Elektrische Nervenstimulation)	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schmerzedukation, Aufklärung über Schmerz	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massagen, Bäder, Kälte- oder Wärmetherapie	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neuraltherapie	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akupunktur	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chiropraktik, Osteopathie	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren, Hypnose	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bisher keine Schmerzbehandlung	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



26. DAUERMEDIKATION: BITTE TRAGEN SIE IN DIE NACHFOLGENDE TABELLE ALLE MEDIKAMENTE EIN, DIE SIE ZURZEIT REGELMÄSSIG EINNEHMEN (SCHMERZMEDIKAMENTE, BLUTDRUCKMITTEL, VERHÜTUNGSMITTEL, VITAMINE, NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL,...)

MEDIKAMENT	DOSIERUNG	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	NACHTS
BEISPIEL Pregabalin	50mg	1	0	0	1
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

27. BEDARFSMEDIKATION: BITTE TRAGEN SIE IN DIE FOLGENDE TABELLE EIN, WELCHE MEDIKAMENTE SIE ALS BEDARFSMEDIKATION EINNEHMEN UND UNGEFÄHR WIE OFT PRO WOCHE:

MEDIKAMENT	DOSIERUNG	STÜCK PRO WOCHE
BEISPIEL Seractil	400mg	ca. 8 Stück/Woche

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens?
Auf www.schmerzlinks.at (hier direkt mittels qr - code
erreichbar) finden Sie Beispiele und Inspirationen, wie der
Fragebogen ausgefüllt werden könnte.



28. FRÜHERE MEDIKAMENTE: BITTE TRAGEN SIE HIER IHRE SCHMERZMEDIKAMENTE EIN, DIE SIE FRÜHER GENOMMEN HABEN. BITTE BEWERTEN SIE AUCH DEREN WIRKSAMKEIT UND EVENTUELLE NEBENWIRKUNGEN.

FRÜHERE MEDIKAMENTE	WIRKUNG GUT	WIRKUNG ETWAS	WIRKUNG NICHT GUT	NEBENWIRKUNGEN? WENN JA, WELCHE?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

29. HABEN SIE EINE ALLERGIE ODER EINE UNVERTRÄGLICHKEIT GEGEN MEDIKAMENTE ODER NAHRUNGSMITTEL?

ja

nein

wenn ja, gegen welche?

30. SIND SIE RAUCHER:IN?

ja

nein

gelegentlich

31. WAS SOLLTE IHRE ÄRZT:IN NOCH ÜBER SIE WISSEN, UM SIE BESTMÖGLICH BEHANDELN ZU KÖNNEN?

32. OPTIONAL: BITTEN SIE EINE NAHESTEHENDE PERSON DIESE FRAGE ZU BEANTWORTEN:

WIE NEHMEN SIE DIE SCHMERZEN, DIE SCHMERZERKRANKUNG UND DIE BEEINTRÄCHТИGUNG DES ALLTAGS AUFGRUND DER SCHMERZEN UNSERER PATIENT:IN WAHR?



33. SIND SIE ZURZEIT BERUFSTÄTIG?

ja nein

a. welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus / haben Sie zuletzt ausgeübt?

[Redaktionssatz]

b. wenn ja, wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten krankgeschrieben?

[Redaktionssatz] Tage

34. SIND SIE ZURZEIT...

<input type="checkbox"/> im Krankenstand	<input type="checkbox"/> in Pension	<input type="checkbox"/> Student:in
<input type="checkbox"/> beziehen Rehageld	<input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> Schüler:in

35. FALLS IHRE SCHMERZEN IM ZUSAMMENHANG MIT EINEM UNFALL ODER EINER BERUFSBEDINGTEN ERKRANKUNG STEHEN, SIND ALLE DIESBEZÜGLICHEN RECHTLICHEN UND VERSICHERUNGSRECHTLICHEN FRAGEN ABGESCHLOSSEN (Z.B. SCHMERZENSGEGLD.)?

ja nein

36. HABEN ODER BEABSICHTIGEN SIE EINEN ANTRAG AUF PENSION ZU STELLEN?

ja nein

37. BEABSICHTIGEN SIE EINEN ANTRAG AUF REHABILITATIONSGEGLD ZU STELLEN?

ja nein

38. BEABSICHTIGEN SIE EINEN ANTRAG AUF PFLEGEGEGLD ZU STELLEN?

ja nein

39. HABEN SIE EINEN ANERKANNEN GRAD DER BEHINDERUNG?

ja nein

wenn ja, wie hoch ist der GdB?

[Redaktionssatz]

ZU IHRER INFORMATION:

unter www.schmerzlinks.at können Sie Folgendes finden:

1. ANLAUFSTELLEN IM SCHMERZBEREICH

- alle Schmerzambulanzen Österreichs
- alle Kopfschmerzambulanzen Österreichs
- Hausärzt:innen mit ÖÄK - Diplom "Spezielle Schmerztherapie" und allen Kassen in ganz Österreich
- Psychotherapie auf Kasse
- Psycholog:innen
- Rehabilitationseinrichtungen in Österreich

**2. ALLES WISSENSWERTE ZUM THEMA SCHMERZ**

- in Form von Videos, Artikeln, Podcasts, APPs, etc.
- chronische Schmerzen
- Kopfschmerzen
- Nervenschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Schlaf
- uvm.



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

VERARBEITUNGSZWECKE:

- Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre Daten für die Rechnungslegung, für die Zuschussbeantragung, für die Terminkoordination, für die Führung des Patient:innenaktes sowie für Notfälle
- Befunde, medizinische Gutachten – sofern sie solche an ein Teammitglied des Schmerzteams übermitteln
- Kommunikation via Telefon, SMS, E-Mail, Teams/Zoom u.ä. zu Terminkoordination
- Kommunikation via Telefon, SMS, E-Mail, Teams/Zoom u.ä. zu Therapie-, Supervisions- bzw. Beratungszwecken
- Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind insbesondere öffentliche Stellen, Steuerberatungen, gesetzliche Vertreter:innen, Versorgungsvereine, Krankenkassen und Versicherungen. Die Übermittlung dient überwiegend dem Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

EINWILLIGUNG ZUM INTERDISziPLINÄREN INFORMATIONSAUSTAUSCH

Ich willige ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Berufsgruppen innerhalb der Interdisziplinären Praxis "Schmerzteam" – insbesondere Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Physiotherapeut:innen – relevante gesundheitsbezogene Daten im Rahmen ihrer jeweiligen beruflichen Verschwiegenheitspflicht miteinander austauschen dürfen, sofern dies zur Koordination, Qualität und Wirksamkeit meiner Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung bezieht sich ausschließlich auf die in der Praxis tätigen Behandler:innen und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ihnen steht ein Recht auf Berichtigung, Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten zu. Weiters steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde zu.

Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

Ich stimme der Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten ausdrücklich zu.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____