

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an

Ja Nein

1. Meine/ unsere Praxis hat eine Spezialisierung im Hinblick auf Schmerztherapie.

2. Ich habe eine Weiterbildung im Bereich Behandlung von Patienten mit Schmerzen.

3. Ich behandle Patienten mit chronischen Schmerzen (d.h. Schmerzen, die seit mindestens 6 Monaten bestehen).

3.a. Ich behandle Kinder Erwachsene oder beides.

3.b. Wie viele Patienten mit chronischen Schmerzen behandeln Sie zur Zeit (im Quartal)?

Ich behandle z.Z. 1-2 2-5 mehr als 5 Patienten.

3.c. Unter welchen Schmerzen leiden Ihre Patienten?

Rückenschmerzen/ Nackenschmerzen

Kopfschmerzen

Bauchschmerzen

Gelenkschmerzen

Beinschmerzen

Andere: _____

3.d. Wie kommen die Patienten zu Ihnen?

Überweisung durch Hausarzt

Überweisung durch Klinik

Selbst

Andere: _____

4. Hätten Sie Interesse in einem Netzwerk zur Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen mitzuarbeiten?

5. Gibt es etwas Anderes, was Sie sich noch wünschen würden oder bräuchten in Bezug auf die Behandlung von chronischen Schmerzen?

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Informationen!

So können wir Sie erreichen:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Email: