

**Neuanmeldung zur  
Schmerztherapie  
(Stand 02/2026)**



Dr. med. Andreas Drahtfach  
FA für Orthopädie  
Chirotherapie/Sportmedizin  
Spezielle Schmerztherapie

Tel.: 0371 40027-200  
Fax: 0371 40027-444

Lieber Patient,

Sie haben Interesse zur ambulanten Schmerztherapie in unsere Praxis zu kommen.

In der Schmerztherapie werden Patienten behandelt, deren Grundleiden nicht heilbar ist und die trotzdem behandlungspflichtige Schmerzen haben. Dieser Schmerz ist dann oft zur eigenen Schmerzkrankheit geworden.

Wenn Sie sich mit diesem Formular in unserer Praxis anmelden, werde ich die gelieferten Angaben sichten und danach die Dringlichkeit der Terminvergabe einschätzen. Wir melden uns dann mit Terminvorschlägen telefonisch bei Ihnen.

Dieser vorgeschlagene Termin kann bei chronischen Erkrankungen auch erst in ein paar Monaten liegen. Der geplante Erstvorstellungstermin dauert dann in der Regel ca. 30 Minuten, während denen ich ausführlich mit Ihnen (und evtl. auch Ihren Angehörigen) über die Krankengeschichte spreche und mir gerne ein Bild Ihrer Gesamtsituation machen würde. Neben den körperlichen werden auch psychische und soziale Aspekte betrachtet.

Die von mir angebotene Therapie umfasst nach Sichtung der bisherigen Befunde in erster Linie eine medikamentöse Therapieanpassung, selten auch Infusionen oder Spritzen. Die letztgenannten Verfahren werden von anderen Therapeuten mit großem Erfolg angewendet, gehören aber nicht zu meinen Behandlungsschwerpunkten.

Gerne informieren wir Sie auch über Kontaktdaten zu anderen Schmerztherapeuten, die vielleicht andere Behandlungsschwerpunkte haben, oder bei denen eher Termine möglich sein könnten.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Über diese Adresse würden wir Ihnen bereits im Vorfeld des ersten Termins gerne Unterlagen zuschicken.

**Neuanmeldung zur  
Schmerztherapie  
(Stand 02/2026)**



Name des Patienten:

Für die Feststellung der Dringlichkeit der Terminvergabe benötigen wir einige Angaben von Ihnen:

**Schmerzen werden regelmäßig behandelt seit:** \_\_\_\_\_

**Diagnosen / Schmerzlokalisation:**

Tumorerkrankung: ja  nein       Erstdiagnose wann: \_\_\_\_\_  
(derzeit in Behandlung)

Gürtelrose: ja  nein       Erstdiagnose wann: \_\_\_\_\_

Wurden Sie überwiesen, um die Indikation zur CT-gestützten Schmerztherapie  
(PRT – Periradikuläre Therapie - “Spritze in der Röhre”) zu überprüfen?

ja  nein       Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Bitte einen repräsentativen Behandlungsbericht (stationäre oder ambulante Behandlung)  
beilegen, falls vorhanden!**

<i>Auszufüllen durch Dr. Drahtfach</i>	
Terminvergabe nach regulärer Wartezeit <input type="checkbox"/>	
Terminvergabe in ca.	Wochen
<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>