**Ärztliche Dokumentation des vorbestehenden Schmerzintervalls
durch Vorbehandler vor Akupunktur bei GKV-Patienten**

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

bei unserem gemeinsamen Patienten besteht aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik die Indikation zur Akupunktur. Das Bundessozialgericht hat jetzt die Voraussetzungen für die Erbringung von Akupunkturleistungen bei Kassenpatienten präzisiert:

Es muss ein mindestens sechsmonatiges Schmerzintervall ärztlich dokumentiert werden. Die Schmerzanamnese des Patienten und meine aktuelle Einschätzung wird als nicht ausreichend erachtet.

Ich benötige deshalb Ihre kollegiale Unterstützung, in dem Sie mir bitte die Diagnose(n) und die auch in den beiden Vorquartalen bestehende daraus resultierende Schmerzsymptomatik bestätigen und wieder zusenden.

Herzlichen Dank dafür im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum/Stempel/Unterschrift

Name des Patienten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnose**

⃝ chronische Schmerzen der LWS

⃝ chronische Schmerzen bei Gonarthrose

 ⃝ linkes Knie ⃝ rechtes Knie ⃝ beide Kniegelenke

**Schmerzen**

⃝ mindestens 6-monatiges Schmerzintervall

**Therapeutische Maßnahmen**

Medikamente: Analgetika Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heilmittel: Physikalische Therapie Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/Stempel/Unterschrift