
CHECKLISTE FÜR ANERKENNUNG

4.1 ALLGEMEINE FÜR ALLE WB-STÄTTEN GÜLTIGEN BEDINGUNGEN

- Kaderarzt bzw. Tutor mit gültigem interdisziplinären Schwerpunkt (IDSP) SSIPM?
- Weiterbildungskonzept? (bitte beilegen)

4.2 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN

- A = Pain Training Center? (Anerkennung für 1 Jahr)
- B = Pain Clinic? (Anerkennung für 1 Jahr)
- C = Pain Consultation? (Anerkennung für 6 Monate)

4.2.1 A = PAIN CENTER

- Multidisziplinäres Programm (mind. 3 medizinische Disziplinen mit ständiger interdisziplinärer Zusammenarbeit, wobei obligat der Bereich Psychiatrie-Psychologie (Psychosomatik, Psychiatrie, med. Psychologie) abgedeckt werden muss; (inkl. Lehre und Forschung)
- Vermittlung aller Interventionen (eigenständig oder in lokaler enger interdisziplinärer Zusammenarbeit)?
- Der Weiterbildner und sein Stellvertreter sind im Besitz eines gültigen IDSP - SSIPM? (bitte Angabe der Namen)
- Die Institution weist mind. 1000 Interventionen pro Jahr aus? (bitte Jahresbericht oder Jahresstatistik beilegen)

4.2.2 B = PAIN CLINIC

- Multidisziplinäres Programm, das mind. 10 der Interventionen lehrt bzw. durchführt, entweder eigenständig oder in lokaler enger interdisziplinärer Zusammenarbeit, wobei obligat der Bereich Psychiatrie-Psychologie (Psychosomatik, Psychiatrie, med. Psychologie) abgedeckt werden muss;
- Der Weiterbildner und sein Stellvertreter sind im Besitz eines gültigen IDSP - SSIPM (bitte Angabe der Namen)
- Die Institution weist mind. 400 Interventionen pro Jahr aus? (bitte Jahresbericht oder Jahresstatistik beilegen)

4.2.3 C = PAIN CONSULTATION

- Mono- oder multidisziplinäre Einrichtung oder Praxiseinheit, welche schmerztherapeutische Interventionen durchführt?
- Der Weiterbildner/Praxisinhaber ist im Besitz eines gültigen IDSP - SSIPM? (bitte Angabe des Namens)
- Die Praxis weist mind. 250 Interventionen pro Jahr aus? (bitte Jahresbericht oder Jahresstatistik beilegen)

Wenn die Frage bejaht werden kann, bitte ankreuzen – ansonsten Begründung.

Ort, Datum und Unterschrift