|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bearbeiter(in) | Tel.-Durchwahl | Fax.-Durchwahl | E-mail | Kiel, am |
| J. {arzt} | 0431-20099-120 | 0431-20099-129 | {arzt}@schmerzklinik.de | {entlassung} |

**{anrede} {vorname} {nachname}, geb. {geburtstag},**

**wohnhaft: {addresse}**

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

{anrede} {nachname}, geb.: {geburtstag}**,** befand sich vom {aufnahme} bis zum {entlassung} in unserer stationären Behandlung.

{anrede} {nachname} leidet an einer chronisch neurologischen Schmerzerkrankung. Im Vordergrund stehen stärksten Kopfschmerzattacken. Der Kopfschmerzcharakter ist pulsierend, stechend und pochend, die Schmerzintensität sehr stark. Körperliche Tätigkeit verstärkt die Schmerzen, so dass {patient} dann Bettruhe einhalten muss. Die Schmerzen werden von Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Lärm- und Lichtüberempfindlichkeit begleitet. Schmerzen bestehen nahezu täglich. Im Hinblick auf die Schwere und Häufigkeit der Attacken hat {patient} kaum noch Zeit zur Erholung und zur Schmerzdistanzierung.

{anrede} {nachname} unterzieht sich kontinuierlich therapeutischen Maßnahmen. Im Hinblick auf die hohe Attackenfrequenz muss {ersie} jedoch einen Teil der Schmerzen ohne entsprechenden Akutschutz aushalten, um nicht die Komplikation eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch eintreten zu lassen.

Zur Therapie ist ein umfangreiches verhaltensmedizinisches Behandlungsprogramm erforderlich, das zeitaufwendig ist. Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit wird aus medizinischen Gründen angeregt, während der beruflichen Tätigkeit Gelegenheit für Pausen zu regelmäßiger Nahrungsaufnahme und Entspannungsverfahren zu ermöglichen. Aufgrund der Lärmempflichkeit sollte {anrede} {nachname} nicht in einem Großraumbüro untergebracht sein. Darüber hinaus ist die Einhaltung eines regelmäßigen Schlaf- und Wachrhythmus eine wichtige Voraussetzung für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit. Es ist empfehlenswert, dass {patient} regelmäßige Dienstzeiten einhalten kann und von unregelmäßigen Arbeitszeiten, Wechselschichten und Nachtarbeit befreit wird, um den chronischen Schmerzerkrankungen nicht weiter Vorschub zu leisten.

Bei Berücksichtigung dieser Maßnahme ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit von {anrede\_dat} {nachname} längerfristig und vollständig erhalten bleibt.

Zusammenfassend liegt eine schwere chronische Kopfschmerzerkrankung vor, durch die {patient} deutlich in der Lebensführung behindert ist.

Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J. {arzt} |  | Dr. med. C. Göbel |
| Stationsarzt |  | MB BChir (Hons) MA (Chantab)  Oberarzt |

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. H. Göbel  
 Chefarzt