

Paracelsus-Elena-Klinik  
Zentrales Patientenmanagement  
Klinikstraße 16  
34128 Kassel

**Paracelsus-Elena-Klinik**

Klinikstraße 16  
34128 Kassel  
T + 49 (0)561 6009 - 0  
kassel@paracelsus-kliniken.de  
www.paracelsus-kliniken.de/kassel

**Zentrales Patientenmanagement**

T +49 (0)561 6009 -100  
F +49 (0)561 6009 -266  
kassel@paracelsus-kliniken.de

## Fragebogen zur Durchführung stationärer Behandlung in der Paracelsus-Elena-Klinik Kassel

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik. Um Ihren Aufenthalt möglichst optimal vorbereiten zu können, bitten wir um die folgenden Informationen:

### 1. Persönliche Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

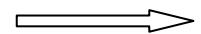
ggf. E-Mail-Adresse oder Fax: \_\_\_\_\_

### 2. Name, Adresse und Telefonnummer des nächsten Angehörigen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
Bitte wenden!

**3. Unterbringung in unserem Haus:**

- Unterbringung in einem 3-Bett-Zimmer mit Nasszelle  
(übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung)

**Zusätzliche Walleistungen**

Walleistungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen!  
Bitte kreuzen Sie einen Kostenträger an, da Ihre Wünsche sonst nicht berücksichtigt  
werden können.

**1. Wahlärztliche Leistung (Chefarztwahl)**

- Selbstzahler  Private Krankenversicherung

**2. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit Dusche und WC**

- Selbstzahler  Private Krankenversicherung

**3. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit Dusche und WC**

- Selbstzahler  Private Krankenversicherung

**4. Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes und des Neurologen:**

Hausarzt:	Neurologe:

Bitte senden Sie diesen Fragebogen erst an uns zurück, nachdem Sie mit Ihrem behandelnden  
Arzt darüber gesprochen haben.

Da die Paracelsus-Elena-Klinik ein Akutkrankenhaus ist, müssen Sie bzw. Ihr Arzt keine  
Genehmigung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung in Form eines Reha-Antrages einholen.

Die notwendige Krankenhauseinweisung Ihres Arztes bringen Sie bitte am Aufnahmetag mit.

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihrer Unterlagen erst nach Eingang beider  
Fragebögen erfolgen kann.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen:**

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_

Patient lebt in einem Pflegeheim?  Ja  Nein

War der Patient in den letzten sechs Wochen in einer stationären Einrichtung/Pflegeeinrichtung/Krankenhaus?  Ja  Nein

Ist der Patient auf Hilfsmittel angewiesen?  Rollator  Rollstuhl

**Diagnosen:**

Parkinson-Syndrom  Restless Legs Syndrom  neurologische Gangstörung

Andere Bewegungsstörungen \_\_\_\_\_

**Grund der stationären Behandlung:**

Die neurologische Erkrankung kann ambulant nicht mehr ausreichend behandelt werden aufgrund von:

- Dyskinesien
- Wirkfluktuationen
- Psychose
- Dementielles Syndrom
- Deutliche Verschlechterung der Beweglichkeit
- Notwendigkeit weiterer stationärer Differentialdiagnostik bei Parkinson Syndrom, RLS oder anderer Bewegungsstörungen
- Einstellung der Medikation / Neueinstellung (aufgrund von Nebenwirkungen oder Begleiterkrankungen ambulant nicht möglich)
- Schweres RLS
- Augmentation bei RLS oder anderer Therapiekomplikation

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. des behandelnden Arztes:  
(für eventuelle Rückfragen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel des behandelnden Arztes