

Paracelsus-Elena-Klinik  
Zentrales Patientenmanagement  
Klinikstraße 16  
34128 Kassel

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

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

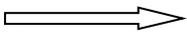
vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik. Um Ihren Aufenthalt möglichst optimal vorbereiten zu können, bitten wir um die folgenden Informationen:

**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 der/des nächsten Angehörigen:**

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

  
Bitte wenden!

**3. Unterbringung in unserem Haus:**

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

**Zusätzliche Wahlleistungen**

Wahlleistungen 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/der Hausärztin und des Neurologen/der Neurologin:**

Hausarzt/Hausärztin:	Neurologe/Neurologin:

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

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

Die notwendige Krankenhauseinweisung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin 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

**Parkinson-Syndrome  
oder andere  
Bewegungsstörungen**

**Bitte vom behandelnden Arzt/Ärztin ausfüllen lassen:**

**Name des Patienten/der Patientin:** \_\_\_\_\_

Hat der Patient/die Patientin einen Hirnschrittmacher?  
(Tiefe Hirnstimulation)

Ja

Nein

Wenn ja, von welcher Firma?  
Medtronic?  
St. Jude Medical?  
Boston Scientific?

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ist der Patient/die Patientin auf Hilfsmittel angewiesen?

Rollator

Rollstuhl

**Diagnosen:**

Parkinson-Syndrom

Andere Bewegungsstörungen

neurologische Gangstörung

**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  
oder anderen Bewegungsstörungen

Einstellung der Medikation / Neueinstellung  
(aufgrund von Nebenwirkungen oder Begleiterkrankungen ambulant nicht möglich)

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

Telefon-Nr. des/der behandelnden Arztes/Ärztin  
(für eventuelle Rückfragen) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin

**Restless Legs  
Syndrom**

**Bitte von dem/der behandelnden Neurologen/Neurologin ausfüllen lassen:**

**Name des Patienten/der Patientin:** \_\_\_\_\_

Ist der Patient auf Hilfsmittel angewiesen?  Rollator  Rollstuhl

**Diagnosen:**

- Schweres RLS  Augmentation bei RLS oder anderer Therapiekomplication  
 Notwendigkeit weiterer stationärer Differentialdiagnostik bei RLS

---

**Grund der stationären Behandlung:**

**(Besonders wichtig, da der MDK sehr häufig eine stationäre Fehlbelegung unterstellt)**

- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten sind zur Zeit ausgeschöpft und eine stationäre Behandlung in einer neurologischen Fachklinik mit dem Schwerpunkt für die Behandlung des RLS ist erforderlich.

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

---

**Bitte unbedingt Berichte oder Vorbefunde beifügen!**

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

---

Datum/Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

---

Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin