

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 _____

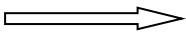
PLZ, Wohnort _____

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