

Paracelsus–Elena–Klinik
Zentrales
Patientenmanagement
Klinikstraße 16
34128 Kassel

Tel. 0561 6009–100
Fax 0561 6009–106
Email info@pkd.kassel.de
www.paracelsus-kliniken.de/kassel

Anmeldung zur Durchführung einer stationären 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:	
Handynummer:	
ggf. E-Mail-Adresse oder Fax:	

2. Name, Adresse und Telefonnummer der/des nächsten Angehörigen:

.....

.....

.....

3. Unterbringung in unserem Haus:

- Unterbringung in einem Mehrbettzimmer mit Bad (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:

Diagnose: M. Parkinson Restless-Legs Anderes

Diagnose seit:

Haben Sie einen Hirnschrittmacher? Ja Nein
(Tiefe Hirnstimulation)

Wenn ja, von welcher Firma? Ja Nein

Medtronic	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
St. Jude Medical	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Boston Scientific	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Aktuelle Probleme:

- **Verschlechterung der Beweglichkeit** Ja Nein
- **Wirkungsfluktuationen (On/ Off Symptomatik)** Ja Nein
- **Wenn ja, können diese zeitlich beschrieben werden?**
 - » Morgens Ja Nein
 - » Mittags Ja Nein
 - » Nachts Ja Nein
 - » Nach Medikamenteneinnahme Ja Nein

.....

.....

• **Gedächtnisstörung / Orientierungsstörung**

Haben Sie Schwierigkeiten sich in einer fremden Umgebung zurechtzufinden? Ja Nein

• **Halluzinationen**

Haben / Hatten Sie jemals Trugbilder oder Halluzinationen? Ja Nein

Bitte beschreiben Sie kurz die aktuellen Probleme:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mobilität:

- Ohne Hilfsmittel Ja Nein
- Gehstock Ja Nein
- Nordic Walking Stöcke Ja Nein
- Rollator Ja Nein
 - » Wenn ja, ständig? Ja Nein
 - » Nur außerhalb der Wohnung? Ja Nein
- Rollstuhl Ja Nein
 - » Wenn ja, ständig? Ja Nein
 - » In Off Phasen? Ja Nein

Gleichgewicht:

- Sind Sie in den vergangenen 2 Monaten gestürzt? Ja Nein
- Wenn ja, wie häufig und in welchen Situationen? Ja Nein

-
-
- Können Sie aufrecht und ohne Hilfe stehen? Ja Nein
 - Können Sie aufrecht und ohne Hilfe sitzen? Ja Nein
 - Können Sie aufrecht und ohne Hilfe gehen? Ja Nein

Aktivität zu Hause:

- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
» Wenn ja, welchen?

-
-
- Haben Sie ein Hobby? Ja Nein
» Wenn ja, welches?

-
-
- Nehmen Sie regelmäßig an therapeutischen Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Reha Sport etc. teil? Ja Nein
» Wenn ja, welche und wie häufig?

Medikationsplan

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte listen Sie Ihre gesamte derzeitige Medikation auf!

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Medikamente	Uhrzeiten						

Leiden Sie an weiteren Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, etc.)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bitte fügen Sie die notwendige Krankenseinweisung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin sowie die aktuellen Befunde bei!

.....
Ort, Datum