PARACELSUS
KLINIKEN
Elena Klinik
Kassel

Paracelsus-Elena-Klinik
Zentrales Patientenmanagement
Klinikstraße 16
34128 Kassel

Tel. 0561 60 09 - 100
Fax 0561 60 09 - 106
info@kassel.pkd.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:

.....

.....

.....

PARACELSUS KLINIKEN
Elena Klinik Kassel

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 Neurolgen / der Neurologin

Hausarzt/Hausärztin:	Neurologe/Neurologin:

PARACELSUS
KLINIKEN
Elena Klinik
Kassel

Diagnose: ◯ M.Parkinson ◯ Restless-Legs ◯ Anderes

Diagnose seit: .....

Haben Sie einen Hirnschrittmacher? ◯ Ja ◯ Nein
(Tiefe Hirnstimulation)

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

PARACELSUS KLINIKEN
Elena Klinik Kassel

Bitte beschreiben Sie kurz die aktuellen Probleme:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pflegegrad:

- **Liegt bei Ihnen eine Pflegegrad vor** ◯ Ja ◯ Nein
  Wenn ja, welcher? _____

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

PARACELSUS KLINIKEN
Elena Klinik Kassel

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?

  .....

  .....

  .....

PARACELSUS
KLINIKEN
Elena Klinik
Kassel

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 Krankenhauseinweisung Ihres Arztes / Ihrer Ärztin sowie die aktuellen Befunde bei!

.....
Ort, Datum