

## Fragebogen zur Durchführung stationären Behandlung

Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland

(Aufnahmeabteilung)

Invasorenpfad 1040  
27498 Helgoland



## Anmeldung zur Durchführung stationärer Behandlung in der Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland

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:	
ggfs. E-Mail-Adresse oder Faxnummer:	

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Name, Adresse und Telefonnummer der einweisenden Neurologin / Neurologen bzw. Hausarzt / Hausärztin:

<u>Neurologe / Neurologin:</u>	<u>Hausarzt / Hausärztin:</u>

**3. Aufnahmezeitpunkt:**

Bitte geben Sie uns unverbindlich einen Zeitpunkt an z. B. Monat in dem Ihnen eine Aufnahme möglich oder gar nicht möglich ist. Diese Angabe dient nur zur Orientierung und garantiert **nicht** die Aufnahme zu diesem Zeitpunkt. Wir versuchen natürlich das was in unserem Rahmen möglich ist.

---

---

**4. Allgemeine Krankenhausleistung:**

Wer ist der Kostenträger (z.B. AOK, BKK, DAK): \_\_\_\_\_

**5. Unterbringung in unserem Haus:**

- Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle  
(übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung)

**6. Zusätzliche Wahlleistungen:**

Wahlleistungen werden **nicht** von den gesetzlichen Krankenversicherungen 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

**6. Voruntersuchungen in unseren Häusern:**

Wurden Sie bereits in einem unserer Häuser stationär behandelt oder ambulant untersucht:

Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland      ambulant          stationär   

Paracelsus-Elena-Klinik Kassel      ambulant          stationär

**7. Hilfsmittel / Einschränkungen (bitte ankreuzen):**

<b>• <u>Hilfsmittel</u></b>	<b>• <u>Einschränkungen</u></b>
<input type="checkbox"/> Keine Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen (z. B. Lähmungen)
<input type="checkbox"/> Gehhilfen / Stöcke	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Dekubiti / Wunden z. B. Ulcus curis
<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Magensonde (PEG)
	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher

**8. Allergien und / oder Unverträglichkeiten:**

**9. Haben Sie einen Hirnschrittmacher (Tiefe Hirnstimulation)?**

- Ja  nein

⇒ Wenn ja, von welcher Firma?

- Medtronic  St. Jude Medical  Boston Scientific

**10. Haben Sie eine Pumpe?**

- Ja  nein

Apomorphin-Pumpe

Duodopa-Pumpe

⇒ Wenn Pumpe vorhanden, von welcher Firma?

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie diesen Fragenbogen komplett ausgefüllt an uns zurück. Für die Behandlung in der Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland ist unbedingt **vorab** auch der vom einweisenden Arzt ausgefüllte Fragebogen notwendig.

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

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

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