

Paracelsus-Elena-Klinik
Zentrales Patientenmanagement
Klinikstraße 16
34128 Kassel

Fragebogen zur Durchführung stationärer Behandlung in der Paraceisus-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:

Paracelsus-Elena-Klinik
Zentrales Patientenmanagement
Klinikstraße 16
34128 Kassel

Fragebogen für die Multimodale Komplex Behandlung bei Parkinson für Patienten

Diagnose: M. Parkinson 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**
Finden Sie sich in einer fremden Umgebung gut zurecht? Ja Nein
 - **Halluzinationen** 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?

.....

.....

.....

.....

Die Multimodale Komplex Behandlung setzt eine Aufenthaltsdauer von mindestens 16 Tagen voraus, welche nicht verkürzt werden kann.

Die Behandlung setzt sich aus verschiedenen Therapiebereichen zusammen.

Hierzu gehören:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Sporttherapie
- Entspannungstherapie

Die Therapieeinheiten setzen sich aus Gruppen und Einzeltherapien zusammen. Die Dauer beträgt, je nach Angebot, 30 – 45 Minuten.

Die Therapieräume müssen Sie selbständig aufsuchen können.

Es können von Montag bis Freitag bis zu 5 Termine täglich auf Ihrer Therapiekarte erscheinen, die Sie wahrnehmen müssen. Bei nicht Erreichen der benötigten Therapieminuten, muss die Multimodale Komplex Behandlung seitens der Ärzte und Therapeuten abgebrochen werden. Dies führt zu einer vorzeitigen Entlassung.

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

Die notwendige Krankenhauseinweisung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin sowie aktuelle Befunde fügen Sie bitte diesem Fragebogen bei.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

.....
Datum, Unterschrift

