

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?  ja  nein

Medtronic  ja  nein

St. Jude Medical  ja  nein

Boston Scientific  ja  nein

Ist der Patient/die Patientin auf Hilfsmittel angewiesen?  Rollstuhl  Rollator

### 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/die Patientin auf Hilfsmittel angewiesen?

Rollstuhl     Rollator

**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

