

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:	
Telefonnummer:	
ggf. E-Mail-Adresse oder Fax:	
Krankenkasse / Versichertennummer:	
Liegt eine Vorsorgevollmacht / Patienten- / Betreuungsverfügung vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

2. Name, Geburtsdatum, Adresse und Telefonnummer Ihrer Kontaktperson:

.....

.....

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:

5. Diagnose

- M.Parkinson
 Restless-Legs
 Anderes:

Diagnose seit:.....

Haben Sie einen Hirnschrittmacher?

- Ja
 Nein

(Tiefe Hirnstimulation)

Wenn ja, von welcher Firma?

Medtronic St.

Jude Medical

Boston Scientific

Wann und wo fand die Operation statt?

.....

Wurde bei Ihnen eine DaTSCAN Untersuchung durchgeführt?

- Ja
 Nein

Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein MRT des Kopfes durchgeführt?

6. Aktuelle Beschwerden und Krankheitszeichen

• **Verschlechterung der Beweglichkeit**

- Ja
 Nein

• **Wirkungsfluktuationen (On/ Off Symptomatik)**

- Ja
 Nein

z.B. nachlassende Medikamentenwirkung, Überbewegung, morgendliche / nächtliche Unbeweglichkeit

• **Gedächtnisstörung / Orientierungsstörung**

- Ja
 Nein

Haben Sie Schwierigkeiten sich in einer fremden Umgebung zurechtzufinden?

• **Halluzinationen**

- Ja
 Nein

Haben / Hatten Sie jemals Trugbilder oder Halluzinationen?

Bitte beschreiben Sie kurz die aktuellen Beschwerden / Krankheitszeichen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pflegegrad:

- **Liegt bei Ihnen ein 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

Gleichgewicht:

- **Sind Sie in den vergangenen 2 Monaten gestürzt?** Ja Nein

- **Wenn ja, wie häufig und in welchen Situationen?**

.....

.....

- **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?

.....

.....

.....

