

Fragebogen zur Anmeldung

Name des Patienten

Vorname des Patienten

männlich weiblich divers

Straße

PLZ Wohnort

Geburtsdatum

Pflegeheim / Betreutes Wohnen (Name)

Beruf

Telefon / Mobil

Gewicht _____

e-mail (falls vorhanden)

Angaben zu Ihrer Krankenversicherung

Krankenkasse u. Geschäftsstelle

ggf. Private (Zusatz-)Versicherung

Waren Sie schon stationär in der Rommel-Klinik? nein ja Datum: _____

Waren Sie schon ambulant in der Rommel-Klinik? nein ja Datum: _____

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

1. Welche Hilfsmittel benutzen Sie? (sind bei stationärer Aufnahme mitzubringen)

(Bitte vollständig ausfüllen)

Rollstuhl

Gehwagen (Rollator)

Andere Hilfsmittel (z.B. Stock, Lifter) welche: _____

Sauerstoffflasche wie oft: zeitweise dauernd

Sind Sie dadurch in der Lage, ohne fremde Hilfe auszukommen? ja nein

	allein	teilweise Hilfe	immer Hilfe (vom Pflegepersonal)
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwesterklingel bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

2. Anschrift des einweisenden Arztes:

Name

Straße

PLZ Wohnort

Telefon

3. Anschrift des Hausarztes:

Name

Straße

PLZ Wohnort

Telefon

4. Ich wünsche Unterbringung und Behandlung für gesetzlich Versicherte (3-Bett-Zimmer mit Du/WC)

5. Ich bin Nichtraucher oder Raucher

6. Wahlleistungen (**Selbstzahler bzw. zusatzversichert**)

Für die Inanspruchnahme der Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Versicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Bitte klären Sie die Kostenübernahme unbedingt vorab mit Ihrer Privatversicherung bzw. privaten Zusatzversicherung.

6.1 Ich wünsche als *Wahlleistung Arzt* die Behandlung durch: (**Selbstzahler bzw. zusatzversichert**)

CA Dr. med. G. Jäger, FA für Orthopädie , Physikalische Medizin und Spezielle Schmerztherapie

CA PD Dr. med. O. Rommel, FA für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie

6.2 Ich wünsche als *Wahlleistung Unterkunft* die Unterbringung in einem:

2-Bett-Zimmer 29,23 € pro Tag
(Dusche • WC • Safe/Werftisch • Fernseher m. Radio)

1-Bett-Zimmer Kategorie normal 78,94 € pro Tag
(Dusche • WC • Besucherecke • Schreibtisch • Safe/Werftisch • Fernseher m. Radio • Willkommensgruß)

1-Bett-Zimmer Kategorie plus 94,07 € pro Tag
(Dusche • WC • Komfortbetten • Rollos • Besucherecke • Schreibtisch • Safe/Werftisch • Kühlschrank • LCD-TV plus DVD Surroundanlage • Zusatzverpflegung • Willkommensgruß)

7. **Besonderheiten** (z. B. Lebensmittelunverträglichkeiten, Sehbehinderung, kann erst ab...)

Der Patient (oder gesetzliche Vertreter mit entsprechender Vollmacht) bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er den Fragebogen zur Anmeldung wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt hat.

Datum

Unterschrift Patient

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht

Unterschrift Vertreter
(Bitte Adresse angeben)

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Mobil: _____

Patientenbogen zur Prüfung der Aufnahme in die Rommel-Klinik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben sich nach Einweisung von Ihrem Arzt zur vollstationären Krankenhausbehandlung in der Rommel-Klinik angemeldet.

Nach den Vorschriften des Gesetzgebers und der Krankenkassen kann vollstationäre Behandlung in unserer Akutklinik (§ 108 SGB V) nur gewährt werden, „wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind.“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).

Wenn der Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus nach Auffassung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen medizinisch nicht notwendig war, werden die Kosten für den stationären Aufenthalt von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise bezahlt (der Patient muss dafür nicht aufkommen).

Der Gesetzgeber fordert als Bedingung für eine stationäre Behandlung eine ausreichende Schwere der Erkrankung und eine vorherige Ausschöpfung der ambulanten Diagnostik- und Therapieverfahren.

Wir bitten Sie daher, kurz anzugeben, welche Therapien bei Ihnen in den letzten 4 Monaten durchgeführt wurden (bitte entsprechendes ankreuzen bzw. Bemerkungen hinzufügen) und den Fragebogen zurückzusenden.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihre Anfrage nur dann zügig bearbeiten können, wenn alle Angaben vollständig und leserlich vorliegen.

1.) Welche Beschwerden sind aus Ihrer Sicht am meisten behandlungsbedürftig/steht im Vordergrund?

2.) Behandlung beim Hausarzt (in Bezug auf die zur Einweisung führenden Erkrankung)?

ja nein

Welche Behandlung haben Sie erhalten, was wurde Ihnen verschrieben (Medikamente, Spritzen, KG o.a.)?

3.) Behandlung beim Facharzt für Orthopädie ja nein

Art der Behandlung (z.B. Spritzen, Akupunktur...): _____

Wann war die letzte Behandlung: _____

4.) Behandlung beim Facharzt für Neurologie/Neurochirurgie? ja nein

Art der Behandlung (z.B. Nervenmessung, Medikamente, KG-Rezept): _____

_____ Wann war die letzte Behandlung: _____

- 5.) Liegen Lähmungserscheinungen oder Taubheitsgefühle vor? ja nein
- 6.) Ist eine ambulante fachorthopädische/fachneurologische Therapie ausgeschöpft? Sind Sie schon länger als 3 Monate in Behandlung? Kann keine Besserung mehr durch den entsprechenden Facharzt ambulant erzielt werden?

ja nein

- 7.) Diagnostische Maßnahmen (bitte Körperregion angeben und möglichst mit Datum):

Röntgen ja nein

Computertomographie (=CT) ja nein

Kernspintomographie (=MRT) ja nein

- 8.) Hatten Sie Einzel-Krankengymnastik in den letzten 4 Monaten?

ja nein Wenn nein, warum nicht: _____

Wie viele Termine? _____

Sonstiges: _____

- 9.) Handelt es sich um eine nicht beherrschbare Schmerzsymptomatik, die auf die ambulanten Maßnahmen bisher nicht angesprochen hat (sind die Schmerzen und Symptome aktuell stark vorhanden und nicht mehr ambulant zu bewältigen)?

ja nein

- 10.) Ist die Diagnose eindeutig, d.h. sind die Gründe für die Schmerzen eindeutig bekannt?

ja Gründe: _____

nein

- 11.) Gab es bereits stationäre Aufenthalte (Krankenhaus) aufgrund der jetzt beklagten Beschwerden?

ja nein Wenn ja, bitte Klinik-Bericht beifügen.

Wenn ja, wann/wo: _____

- 12.) Gab es Rehabilitationsmaßnahmen, (stationäre Reha ambulante Reha Reha Sport):

a) ohne Besserung Wenn ja, bitte Reha-Bericht beifügen.

b) beantragt genehmigt? Dat. _____

c) abgelehnt Nein

13.) Wurde bei Ihnen bereits eine Operation (in Bezug auf die zur Einweisung führenden Erkrankung) in Erwägung gezogen oder für notwendig erachtet?

nein Wenn ja -> angeraten/empfohlen oder durchgeführt

Welche _____

Wann _____

Von wem _____

14.) Medikamentöse Behandlung (auch Schmerzmittel/Spritzen/Infusionen) ja nein
Wenn ja, welche Medikamente: _____

_____ Wenn nein, warum nicht: _____

Bitte legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei, bzw. schreiben selbst **alle** Ihre Medikamente mit Dosierung und Einnahmezeitpunkt auf.

15.) Sind Sie Träger multiresistenter Keime (MRSA, MRGN, VRE)? ja nein

Wenn Ja, welche? _____

16.) Wie lange besteht schon Arbeitsunfähigkeit? _____

17.) Musste eine Rente beantragt werden? ja nein

18.) Fragebogen ausgefüllt von / evtl. mit Hilfe von:

19.) Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Besteht eine private Zusatzversicherung?

Krankenkasse: private (Zusatz-)Versicherung:

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die Daten auf dem „*Patientenbogen zur Aufnahme*“ an meine Krankenversicherung zum Zwecke der Prüfung der Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes weitergeleitet und meine Daten in der Rommel-Klinik GmbH gespeichert werden dürfen.

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Auskünfte!

Ihr Team der Rommel-Klinik Bad Wildbad