

Nordseeklinik Helgoland
(Aufnahmeabteilung)
Invasorenpfad 1040
27498 Helgoland

Tel.: 0 47 25 / 803 135
Fax.: 0 47 25 / 803 127

info@helgoland.pkd.de
www.nordseeklinik-helgoland.de

**Aufnahmebogen zur Behandlung in der Nordseeklinik
Helgoland für einweisende Ärzte / Ärztinnen**

Bitte *NUR* vom behandelnden Arzt / Ärztin ausfüllen lassen!

Sehr geehrtes Praxisteam,

Vielen Dank für die Einweisung Ihres Patienten. Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Anmeldebogen ausgefüllt per Fax oder Mail an die oben genannten Kontaktdaten zurücksenden. Wir können uns dann unverzüglich mit Ihrem Patienten/Ihrer Patientin in Verbindung setzen und uns zeitnah um das Anliegen Ihres Patienten/Ihrer Patientin kümmern.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

1. Daten des Patienten / der Patientin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	

2. Einweisungs-Diagnose

- ☐ Erstdiagnose gestellt am: _____
- ☐ Parkinson Krankheit
- ☐ Atypische Parkinson Syndrome wie Multisystematrophie (MSA), Progressive supranukleäre Blickparese (PSP) oder kortikobasale Degeneration (CBD): _____
- ☐ Restless legs Syndrom (RLS): _____

Sonstige Vermerke

3. Grund der stationären Behandlung:

Die neurologische Erkrankung kann ambulant nicht mehr ausreichend behandelt werden aufgrund von:

- ☐ Dyskinesien
- ☐ Wirkfluktuationen
- ☐ Psychose
- ☐ Dementielles Syndrom
- ☐ Weglauftendenz
- ☐ Aggressivität
- ☐ Halluzinationen / illusionäre Verkennungen / Verwirrheitszustände etc.
- ☐ Deutliche Verschlechterung der Beweglichkeit
- ☐ Einstellung der Medikation / Neueinstellung

Bemerkungen: _____

4. Hat der Patient / die Patientin einen Hirnschrittmacher?

(Tiefe Hirnstimulation)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

⇒ Wenn ja, von welcher Firma?

- ☐ Medtronic
- ☐ Abbott
- ☐ Boston Scientific

5. Hat der Patient / die Patientin eine Medikamenten-Pumpe?

- ☐ Ja ☐ nein
- ☐ Apomorphin-Pumpe
- ☐ Duodopa-Pumpe
- ☐ Produodopa

⇒ Wenn ja, von welcher Firma?

6. Ist der Patient / die Patientin auf Hilfsmittel angewiesen?

Hilfsmittel

- ☐ Keine Hilfsmittel
- ☐ Gehhilfen / Stöcke
- ☐ Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ E-Scooter
- ☐ Elektro-Rollstuhl

7. Liegen bei dem Patienten / der Patientin Einschränkungen vor?

• Einschränkungen

- ☐ Bewegungseinschränkungen (z. B. Lähmungen)
- ☐ Blasenkatheter
- ☐ Stoma
- ☐ Dekubiti / Wunden z. B. Ulcus curis
- ☐ Magensonde (PEG)
- ☐ Herzschrittmacher

8. Benötigung von Hilfe (Barthel-Index):

Tätigkeit		Hier ankreuzen:
1) Essen		
selbstständig, benutzt selbst Geschirr und Besteck	10	
braucht etwas Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	
2) Baden		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
3) Waschen		

Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	
4) An- und Auskleiden		
selbstständig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Teilweise auf Hilfe angewiesen, zum Bsp. beim An- und Auskleiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	
5) Stuhlkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
6) Urinkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
7) Toilettenbenutzung		
Selbstständig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl und braucht komplette Hilfe	0	
8) Bett-/(Roll-)Stuhltransfer		
selbstständig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Hilfestellungen durch die Pflege	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
9) Bewegung		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15	
Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
<i>Für Rollstuhlfahrer:</i> unabhängig für mindestens 50 m	5	
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0	
10) Treppensteigen		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	

9. Erforderliche Dokumente

- **Aktueller Medikamentenplan**
- **Vorliegende Befunde**
- **Einweisung**

Telefon-Nr. des behandelnden Arztes / Ärztin (für Rückfragen): _____

Datum, Unterschrift des beh. Arztes

Stempel des beh. Arztes