

Fragebogen zur Durchführung stationären Behandlung

Nordseeklinik Helgoland

(Aufnahmeabteilung)

Invasorenpfad 1040
27498 Helgoland

Anmeldung zur Durchführung stationärer Behandlung in der Nordseeklinik Helgoland

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:	
ggfs. E-Mail-Adresse oder Faxnummer:	

2. Name, Adresse und Telefonnummer der / des nächsten Angehörigen:

3. Name, Adresse und Telefonnummer der einweisenden Neurologin / Neurologen bzw. Hausarzt / Hausärztin:

<u>Neurologe / Neurologin:</u>	<u>Hausarzt / Hausärztin:</u>

3. Aufnahmezeitpunkt:

Bitte geben Sie uns unverbindlich einen Zeitpunkt an z. B. Monat in dem Ihnen eine Aufnahme möglich oder gar nicht möglich ist. Diese Angabe dient nur zur Orientierung und garantiert **nicht** die Aufnahme zu diesem Zeitpunkt. Wir versuchen natürlich das was in unserem Rahmen möglich ist.

4. Allgemeine Krankenhausleistung:

Wer ist der Kostenträger (z.B. AOK, BKK, DAK): _____

5. Unterbringung in unserem Haus:

- Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle
(übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung)

6. Zusätzliche Wahlleistungen:

Wahlleistungen werden **nicht** von den gesetzlichen Krankenversicherungen 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

6. Voraufenthalte in unserem Haus:

Wurden Sie bereits in unserem Haus stationär behandelt:

Nordseeklinik Helgoland ambulant stationär

Jahresangabe: _____

7. Hilfsmittel / Einschränkungen (bitte ankreuzen):

• <u>Hilfsmittel</u>	• <u>Einschränkungen</u>
<input type="checkbox"/> Keine Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen (z. B. Lähmungen)
<input type="checkbox"/> Gehhilfen / Stöcke	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Dekubiti / Wunden z. B. Ulcus curis
<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Magensonde (PEG)
<input type="checkbox"/> E-Scooter	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher

8. Allergien und / oder Unverträglichkeiten:

9. Haben Sie einen Hirnschrittmacher (Tiefe Hirnstimulation)?

 Ja nein

⇒ Wenn ja, von welcher Firma?

 Medtronic St. Jude Medical Boston Scientific

10. Haben Sie eine Pumpe?

 Ja nein Apomorphin-Pumpe Duodopa-Pumpe

⇒ Wenn Pumpe vorhanden, von welcher Firma?

Bitte senden Sie diesen Fragenbogen komplett ausgefüllt an uns zurück. Für die Behandlung in der Nordseeklinik Helgoland ist unbedingt **vorab** auch der vom einweisenden Arzt ausgefüllte Fragebogen notwendig.

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihrer Unterlagen erst nach Eingang beider Fragebögen erfolgen kann!

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

Datum, Unterschrift