Anmeldeformular Parkinson

SEGEBERGER KLINIKEN

Geltungsbereich: SK Segeberger Kliniken

An die
Fachklinik für Parkinson und Bewegungsstörungen
Sekretariat
Hamdorfer Weg 3
23795 Bad Segeberg

Arztstempel

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____ **Krankenkasse:**_____

Adresse: _____**Tel.**_____

Diagnose: _____**seit** _____

Aktuelle Therapie: _____

Anlass der Einweisung aus ärztlicher Sicht: _____

Gewünschte Behandlungsform[1]**:**_____

☐ Diagnostische Zuordnung ☐ Zweitmeinung ☐Verschlechterung der Erkrankung

☐ Überprüfung der Indikation zur Pumpentherapie/tiefen Hirnstimulation (Zutreffendes bitte unterstreichen)

☐ _____

Folgende Parkinsonsymptome stehen im Vordergrund (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Motorisch:
☐ Tremor
☐ Wirkungsfluktuationen
☐ Haltungsstörung
☐ Gangstörung
☐ Stürze (__/6 Monate)
☐ Immobilität

Nicht-Motorisch:
☐ Kognitive Defizite
☐ Demenz
☐ Halluzinationen
☐ Sprechstörung
☐ Schluckstörung
☐ Vermehrter Speichelfluss

☐ Impulskontrollstörungen
☐ Depression
☐ Schlafstörungen
☐ _____

Ziele des Aufenthaltes aus Patientensicht:

_____

Aufnahmewunsch[2] **(Datum/Zeitraum):**

_____

Ist eine kurzfristige Anreise möglich? (1-2 Tage) ☐ Ja ☐ Nein
Mobilität: ☐ Freier Fußgänger☐ Gang am Rollator ☐ Gang am Handstock ☐ Rollstuhl **Pflegegrad:** _____
Aufnahme einer Begleitperson **notwendig** ☐ Nein ☐ Ja, bei _____
Wahlleistung Unterkunft gewünscht: ☐ Nein ☐ Ja[3]
Besondere pflegerische/medizinische Aspekte:
Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ☐ Nein ☐ Ja, in Form von_____
Inkontinenz: ☐ Nein ☐ Ja, für ☐ Urin ☐ Stuhl
Keimbesiedlung: ☐ Nein ☐ Ja, mit _____ Sauerstoffpflicht: ☐ Nein ☐ Ja
Liegender Katheter: ☐ PEG ☐ PEJ ☐ Transurethraler Dauerkatheter ☐ Suprapubischer Katheter
Andere: _____

[1] Bitte beachten Sie, dass über die Art und Dauer eines stationären Aufenthaltes erst bei Aufnahme verbindlich entschieden werden kann (Ausnahme: Aufnahme zur Rehabilitation mit Kostenzusage durch den Kostenträger).
[2] In medizinisch dringlichen Fällen bitte direkte Kontaktaufnahme über das Sekretariat (Tel. 04551 802-5801).
[3] Über Möglichkeiten und ggf. Zusatzkosten berät Sie das Team der Aufnahme.

Jede/r Mitarbeiter/in ist für den Ausdruck selbst verantwortlich, dass die Kopie mit der aktuellen Version im roXtra übereinstimmt.