



## Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik für konservative Orthopädie empfohlen und Sie möchten nun einen Behandlungstermin in unserer Klinik machen.

Wir danken Ihnen jetzt schon für Ihr Vertrauen.

Nach den Vorschriften des Gesetzgebers und der Krankenkassen sind wir als Krankenhaus verpflichtet, **vor** Ihrer Aufnahme in unsere Klinik die Notwendigkeit einer teilstationären multimodalen Komplexbehandlung zu prüfen.

Dafür benötigen wir Ihre Hilfe.

Wir bitten Sie darum, den nachfolgenden Fragebogen **sorgfältig und detailliert** auszufüllen und falls vorhanden, vorliegende Befunde der letzten **2 Jahre** (Arztbriefe, radiologische Befunde; Medikamentenplan) miteinzureichen. Bitte bringen Sie Röntgenbilder und CDs **erst zur Aufnahme** mit.

➔ **Ausschlaggebend für einen reibungslosen Ablauf der Indikationsprüfung und der Kostenübernahme ist ein sorgfältig und komplett ausgefüllter Patientenfragebogen (inkl. Diagnosen aus MRT/CT-Befunden)**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	
Krankenversichertennummer	
Besteht eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, welche? _____
Einweisender Arzt	



Bitte geben Sie uns zunächst kurz an, welche Beschwerden aus Ihrer Sicht im Vordergrund stehen und am meisten behandlungsbedürftig sind:

**Seit wann bestehen die von Ihnen angegebenen Schmerzen?**

- akute Schmerzen (weniger als 4 Wochen)
- 1 Monat – 6 Monate
- 6 Monate – 1 Jahr
- 1 – 2 Jahre
- 2 – 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre

Kreisen Sie bitte die von Ihnen **momentan** empfundene Schmerzstärke ein  
(0 = kein Schmerz; 10 =stärkster vollstellbarer Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kreisen Sie bitte die von Ihnen **größte empfundene Schmerzstärke** der letzten 4 Wochen an:  
(0 = kein Schmerz; 10 =stärkster vollstellbarer Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Bitte kreuzen Sie an, von welchen der unten aufgeführten Fachrichtungen Sie bereits untersucht/behandelt wurden:**

- es fand bisher **keine Behandlung** statt
- Orthopäde
- Neurologe
- Neurochirurg
- Schmerztherapeut
- Radiologe (MRT, CT, Röntgen)
- Allgemeinmediziner
- Chirurg



**Führen Sie bitte alle Besuche bei Fachärzten, MVZs, etc. auf, die Sie in den letzten 6 Monaten absolviert haben. Falls Besuche/Behandlungen stattfanden bitten wir Sie ebenso das Datum der letzten Behandlung, sowie die Art der Behandlung zu dokumentieren.**

Medizinisches Fachgebiet und <b>Name Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes</b>	Anzahl der Besuche in den vergangenen <b>6 Monaten</b>	Datum des letzten Besuches / der letzten Behandlung <b>(Monat/Jahr)</b>	Art der Behandlung (Untersuchung, Spritze, Beratung, Akupunktur,...)
Orthopädische Praxis			
Hausärztliche Praxis			
Neurologische Praxis			
Radiologische Praxis (Röntgen, MRT, CT, ...)			
Sonstiges			



**Nach den Vorschriften des Gesetzgebers und den Krankenkassen kann eine teilstationäre Behandlung in der Regel nur gewährt werden, wenn eine ausreichende ambulante Therapie ohne relevanten Erfolg stattgefunden hat.**

**Um den für Sie bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen, sind wir daher auf Informationen über Ihre ambulanten Vorbehandlungen angewiesen.**

**Welche ambulanten Therapiemaßnahmen wurden Ihnen bereits verordnet, beziehungsweise haben Sie selbst finanziert, die sich auf Ihr Schmerzbild beziehen?**

Art der Behandlung: (Physiotherapie, KG, Manuelle Therapie, Osteopathie, Reha- Sport; Massagen, Fitness-Center, etc.)	Anzahl der Behandlungen	Datum/Zeitraum der Behandlung	Betroffene Körperregion

**Kreuzen Sie bitte an, welche der unten genannten Behandlungsmaßnahmen bereits durchgeführt wurden und wie sich diese auf Ihre Schmerzen ausgewirkt haben**

Art der Behandlung	Erhalten	Wenn erhalten? wirksam?	Ja	temporär	Nein
Medikamente	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CTPRT	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltration	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktik	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur-/Reha	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Bitte geben Sie alle Stationären Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationen an, die in den letzten zwei Jahren stattgefunden haben:**

Name des Krankenhauses / Rehaklinik und Datum des Aufenthaltes	Fachabteilung - Behandlungsschwerpunkt

**Wurde eine eindeutige Diagnose für den Grund der Schmerzen benannt? Wenn ja, welche?**

--

**Wann treten die Schmerzen auf?**

Immer (Dauerschmerzen)	<input type="checkbox"/>
Häufig (regelmäßig, aber mit Pausen)	<input type="checkbox"/>
Eher selten (unregelmäßig, fast nie)	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie Schmerzmedikamente? Wenn ja, welche und seit wann?**

Name des Medikaments	Dosierung (regelmäßig, bei Bedarf)



**Ihre derzeit berufliche Tätigkeit**

--

**Besteht derzeit eine Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, seit wann?**

--

**Welche Krankheiten oder Einschränkungen sind bei Ihnen bekannt und bedürfen therapeutischer Maßnahmen oder besonderer Aufmerksamkeit?**

**(Beispiele: Herzerkrankungen, Diabetes, Nierenerkrankungen, Depressionen, Bluthochdruck, Blutverdünner, Allergien, Unverträglichkeiten, etc.)**

Vorerkrankungen, Unverträglichkeiten, etc.	Regelmäßige Medikation? Wenn ja, welche

**Was sollten wir noch über Ihren Allgemein- und Gesundheitszustand wissen und wurde bisher nicht abgefragt?**

--

**Sind Sie Träger multiresistenter Keime (MRSA, MRGN, VRE)?**

Wenn ja, welcher?	



**Welche Hilfsmittel benötigen Sie?**

Rollator / Gehwegen	
Andere Hilfsmittel (Stock, etc.)	
Sauerstoff	

**Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen Grad?**

--

**Welchen Hilfebedarf haben Sie?**

	Keinen	Teilweise Hilfe	Immer Hilfe
Toilettenbenutzung			
Essen			
Anziehen			
Treppen steigen			
Weiterer Hilfebedarf bei:			

**Erklärung der Patientin/des Patienten**

Diesen Fragebogen habe ich vollständig durchgelesen und die Fragen sorgfältig beantwortet. Hiermit willige ich ein, dass die Daten auf dem „Aufnahmefragebogen“ gegebenenfalls an meine Krankenversicherung zum Zwecke der Prüfung der Notwendigkeit des teilstationären Aufenthaltes weitergeleitet und meine Daten in meiner elektronischen Krankenakte gespeichert werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (Patientin/ Patient)

**Vielen Dank für Ihr Verständnis, dass die Terminvergabe zur teilstationären Aufnahme erst nach Rücksendung des Fragebogens erteilt werden kann. Wird aufgrund der Befunde die Notwendigkeit für eine tagesstationäre multimodale Komplexbehandlung bestätigt, kann Ihre Aufnahme innerhalb weniger Tage oder Wochen stattfinden.**