



Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie interessieren sich für eine teilstationäre Behandlung in unserer Tagesklinik für konservative Orthopädie und möchten einen Behandlungstermin vereinbaren. Wir danken Ihnen jetzt schon für Ihr Vertrauen!

Vor der Terminvergabe sind wir gesetzlich verpflichtet zu prüfen, ob eine teilstationäre multimodale Schmerzbehandlung medizinisch notwendig ist.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen **sorgfältig und vollständig** aus und reichen Sie – falls vorhanden – Befunde der **letzten 2 Jahre** ein (z. B. Arztbriefe, radiologische Befunde, Medikamentenplan).

Röntgenbilder und CDs bringen Sie bitte erst zur Aufnahme mit.

Wichtig:

Ein vollständig ausgefüllter Fragebogen (inkl. Diagnosen aus MRT-/CT-Befunden) ist wichtig für eine zügige Prüfung Ihrer Aufnahme.

Persönliche Angaben

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	
Krankenversicherungsnummer	
Besteht eine private Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche? _____
Wünschen Sie eine Chefarztbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einweisende Praxis	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	



Angaben zu Ihren Schmerzen / Ihren Beschwerden

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 vorstellbarer 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 vorstellbarer Schmerz)

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

Wann treten die Schmerzen auf?

- Immer (Dauerschmerzen)
- Häufig (regelmäßig, aber mit Pausen)
- Eher selten (unregelmäßig, fast nie)

Strahlen die Schmerzen aus?

- Ja
- Nein

Verspüren Sie Empfindungsstörungen?

- Nein
- Ameisengefühl
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl
- Lähmungen



Angaben zur fachärztlichen Behandlung

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

Medizinisches Fachgebiet Name der Praxis	Anzahl der fachärztlichen Praxisbesuche in den letzten 12 Monaten	Datum der Besuche / der letzten Behandlungen (Monat/Jahr)	Art der Behandlung (Untersuchung, Spritze, Beratung, Akupunktur, ...)
Orthopädische Praxis			
Hausärztliche Praxis			
Neurologische Praxis			
Radiologische Praxis (Röntgen, MRT, CT, ...)			
Schmerztherapeutische Praxis			
Chirurgische Praxis			
Sonstiges:			



Angaben zur ambulanten Vorbehandlung

Damit wir prüfen können, ob eine teilstationäre Behandlung für Sie sinnvoll und möglich ist, benötigen wir Informationen zu Ihren bisherigen ambulanten Behandlungen. Besonders wichtig sind dabei die letzten 12 Monate. Bitte tragen Sie alle Behandlungen ein, die Ihr aktuelles Schmerzbild betreffen – auch selbst bezahlte Leistungen wie z. B. Osteopathie, Massagen oder Rehasport.

Behandlung	Anzahl Termine (gesamt)	Zeitraum (von – bis, MM-JJ)	Körperregion	Wirksamkeit
Physiotherapie/ Krankengymnastik				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Manuelle Therapie				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Osteopathie				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Rehasport				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Infiltrationen (z.B. in ein Gelenk oder in die Wirbelsäule)				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Massage				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Akupunktur				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Weitere:				<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Nutzen Sie ein TENS Gerät? (elektrische Nervenstimulation mit Elektroden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung
Nehmen Sie aktuell Schmerzmedikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja, bei Bedarf Falls ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil: _____			<input type="checkbox"/> bislang erfolglos <input type="checkbox"/> kurzfristige Linderung <input type="checkbox"/> keine Wirkung



Weitere wichtige Informationen zu Ihrer Gesundheit

**Gibt es noch wichtige Informationen zu Ihrer Gesundheit, die bisher nicht abgefragt wurden?
 (z. B. besondere Erkrankungen, Operationen, Einschränkungen oder wichtige Hinweise für Ihre
 Behandlung)**

--

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

Wenn ja, welcher?	

Welche Hilfsmittel benötigen Sie?

Rollator / Gehwagen	
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 werden können.
- Außerdem willige ich ein, dass meine Daten in meiner elektronischen Krankenakte gespeichert werden dürfen.
- Sollten Sie uns im Rahmen der Aufnahme vor Abschluss des Patientenvertrages Befunde schicken, oder Befunde zukommen lassen, dürfen wir diese ebenfalls an die Krankenkasse übersenden und zur weiteren Behandlung verwenden.

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 teilstationäre multimodale Komplexbehandlung bestätigt, kann Ihre Aufnahme innerhalb weniger Tage oder Wochen stattfinden.