



## 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	
Krankenversicherungsnummer	
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 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 (Ameisengefühl, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Lähmungen)?**

- Ja
- Nein



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



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. Ausschlaggebend sind hier vor allem die **letzten 6 Monate**.

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 der Behandlung (Monat + Jahr)	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"/>
CT-PRT (Injektion an Nervenwurzel)	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltration (Injektion in ein Gelenk)	<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"/>
Chirotherapie/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?**

--

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