

Klinikfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik. Wir haben uns mit unserem multimodalen Behandlungskonzept auf Multiple Sklerose und verwandte Erkrankungen spezialisiert. Wir befinden uns in einer ruhigen, naturnahen Umgebung, in unmittelbarer Nähe zum Starnberger See (300 m) und möchten Ihnen den Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patientinnen und Patienten mit ihren speziellen Bedürfnissen stehen bei uns im Mittelpunkt.

Diesem Schreiben haben wir Ihnen einen Fragebogen beigelegt, den Sie mit Ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt im Vorfeld besprechen können. Eine direkte Stellungnahme durch den behandelnden Arzt erleichtert uns die umfassende Einschätzung Ihres Krankheitsbildes von Anfang an.

Wir möchten Sie vorsorglich darauf hinweisen, dass es sich bei der Marianne-Strauß-Klinik um ein Akutkrankenhaus zur Behandlung von Patienten mit Multiple Sklerose handelt, so dass die entsprechenden strengen Voraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung gegeben sein müssen. Eine Rehabilitationsbehandlung oder Anschlussheilbehandlung ist in unserer Klinik nicht möglich.

Die Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und erforderliche Unterstützung bei Alltagsverrichtungen.

Bitte lassen Sie sich von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt eine Einweisung/Überweisung geben und nehmen Sie mit uns Kontakt auf, um einen Termin für Ihren stationären Aufenthalt zu vereinbaren.

Patientendaten

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

E-Mail Adresse (Angabe freiwillig) _____

Krankenkasse (z. B. AOK, DAK, BKK etc.) _____

Krankenversicherungsnummer _____

IK-Nr. (links unten auf der KK-Karte) _____

Private Versicherung/Vers.-nummer _____

Hausarzt/ÜW-Arzt _____

Ich bin in der **Pflegeversicherung** eingestuft nein ja, mit Pflegegrad _____

Es besteht eine **Patientenverfügung** nein ja (bitte mitbringen)

Es besteht eine **Vorsorgevollmacht** nein ja (bitte mitbringen)

Wenn ja, Bevollmächtigter ist:

Name/Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Es besteht eine **gesetzliche Betreuung** nein ja (bitte Betreuerausweis mitbringen)

Wenn ja, gesetzlicher Betreuer ist:

Name/Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Unterschrift Patient/Betreuer _____

Informationen zur Behandlung

Gewünschte **Unterbringung**

- Standard: Zweibettzimmer
- Wahlleistung: Chefarztbehandlung
- Wahlleistung: Einbettzimmer
- Selbstzahler: Einbettzimmer

Basispreis für Einzelzimmer (Station 1 A, 1 B, 2 C, 2 D)

65,52 €

Ich wurde bereits früher in der Marianne-Strauß-Klinik behandelt

- ja nein

Ich bzw. meine Angehörigen wünsche/n ein **Gespräch mit**

- Ärztin/Arzt
- Psychologin
- Sozialpädagogin
- Seelsorger
- Andere: _____

Persönlich am Aufnahmetag während des stationären Aufenthaltes bei Entlassung

Telefonisch, bitte in der Zeit von _____ bis _____, Telefonnummer _____

Per E-Mail, E-Mail Adresse _____

Ich habe Interesse an einem **Besuchsdienst** während des Aufenthaltes in der Marianne-Strauß-Klinik

- ja nein

Unterstützungsbedarf

Ich verwende folgende Hilfsmittel

- Stöcke/Unterarmgehstützen/Rollator
- manuellen Rollstuhl
- elektrischen Rollstuhl
- Multifunktionsrollstuhl (Pflegerollstuhl)
- Schienen/Orthesen

Bitte bringen Sie die von Ihnen benötigten Hilfsmittel unbedingt mit, in der Klinik stehen Hilfsmittel nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung!

Transfer (z.B. Umsetzen Bett ↔ Rollstuhl, Rollstuhl ↔ Toilette)

- Ich kann selbständig umsetzen
- Ich kann nur mit Mühe allein umsetzen
- Ich brauche gelegentlich Hilfe
- Ich brauche immer Hilfe

Waschen/Anziehen

- Ich kann mich völlig selbständig waschen und anziehen
- Ich brauche Hilfe bei den Beinen (Strümpfe, Schuhe, Hosen)
- Ich brauche Hilfe auch für Hemd/Bluse/Pullover/BH
- Ich brauche Hilfe bei der Gesichtspflege (rasieren, Zähne putzen/Haare)
- Ich brauche Hilfe bei der gesamten Körperpflege

Essen

- Ich kann selbständig essen
- Ich brauche Hilfe bei der Zubereitung (schneiden)
- Das Essen muss mir von einer Hilfsperson eingegeben werden
- Ich verschlucke mich häufiger beim Essen/Trinken
- Ich habe eine Magensonde/PEG

Blasenfunktion

- Ich habe meine Blase unter Kontrolle
- Ich brauche Einlagen/Urinalkondome
- Ich habe einen Dauerkatheter/eine suprapubische Blasenfistel (Pufi)
- Ich katheterisiere mich regelmäßig selber, verwendete Katheter: _____
- Ich werde regelmäßig von einer Hilfsperson katheterisiert

Stuhlgang

- Ich habe Kontrolle über meinen Stuhlgang
- Ich habe unkontrollierte Stuhlabgänge
- Ich muss regelmäßig abgeführt werden

Orientierung

- Ich finde mich in einer fremden Umgebung schnell gut zurecht
- Ich habe Schwierigkeiten, mich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden

Gesundheitlichen Probleme

Bitte geben Sie (ggf. gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt) **Ihre gesundheitlichen Probleme an**, die gegenwärtig bei Ihnen eine große Rolle spielen und damit für den Aufenthalt in der Klinik wichtig sind.

Problem (bittezutreffendes ankreuzen)	Bemerkung
<input type="checkbox"/> Schmerzen	Wo?
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen bei festen Speisen	
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen beim Trinken	
<input type="checkbox"/> Sprechstörungen	
<input type="checkbox"/> Atemnot	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/> psychische Belastungen	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	
<input type="checkbox"/> Dekubitus oder andere Wunden	
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle/Epilepsie	
<input type="checkbox"/> Unruhe	
<input type="checkbox"/> Gravierende häusliche Probleme	Welcher Art?

Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung alle Arztbefunde, soweit noch nicht vorab eingereicht, in Kopie und MRT-Aufnahmen mit.

Befundberichte über frühere und aktuelle Untersuchungsergebnisse (alle bisherigen ärztlichen Befunde ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung und/oder ab den ersten verdächtigen MS-Symptome) wie z. B. von neurologischen Untersuchungen, Liquorpunktion, Kernspintomographien (MRT); Befunde und Aufnahmen können auf CD-ROM oder falls nicht vorhanden auf Papier mitgebracht werden.

Bitte senden Sie den **Fragebogen** sowie die Befunde und Arztberichte per E-Mail oder Fax **vorab ausgefüllt an uns** zurück.



E-Mail aufnahme.patienten@ms-klinik.de

Fax 08151/261-263

Bitte vom einweisenden Arzt ausfüllen lassen

Patient _____

Stationäre Krankenhausbehandlung ist erforderlich

Einweisungsdiagnose _____

Weitere Diagnosen: _____

Ist eine MRSA- oder ESBL-Besiedlung vorbekannt? ja nein

Wenn ja, wo? (Nase, Rachen, Achsel, Leiste, Urin) _____

Sind die Kontrollen nach Therapie negativ? ja nein

Bei Patienten aus betreuten Einrichtungen/Pflegeheimen bitte aktuelle Abstrichergebnisse beifügen, um ggf. eine unnötige Isolierung des Patienten vermeiden zu können.

Grund für die stationäre Aufnahme

akuter MS-Schub mit folgender Symptomatik: _____

Verschlechterung in den letzten Wochen mit ambulant nicht zu therapierenden Problemen/Symptomen (ggf. beigefügte Tabelle benutzen): _____

Diagnostik _____

Neuropsychiatrische Problematik (z. B. Depression, kognitive Störung) _____

Fragestellung zu immunologischer Therapie _____

Palliativmedizinische Behandlung* _____

*Bei der MS zielt die Palliativ-Therapie darauf, Schwerkranken ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Sie bietet eine möglichst ganzheitliche individuelle Behandlung und Pflege mit Begleitung zur Linderung körperlicher Beschwerden und Unterstützung u.a. auf psychischer und sozialer Ebene.

Einweisender Arzt
(bitte vollständige Anschrift,
Telefonnummer und Stempel) _____

Unterschrift einweisender Arzt _____

Bitte geben Sie Ihrem Patienten alle relevanten Arztbefunde in Kopie sowie MRT- bzw. Röntgenaufnahmen mit.