MARIANNE-STRAUSS-KLINIK
Berg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik!
Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, Ihren geplanten Aufenthalt bereits im Vorfeld zu klären. Die Fragen beziehen sich auf Ihren aktuellen Gesundheitszustand, auf eventuell benötigte Unterstützung im Alltag sowie auf Ihre Wünsche zur Unterbringung.

Bitte füllen Sie die Formularfelder vollständig aus: Kreuzen Sie Zutreffendes an und nutzen Sie die Freifelder für ergänzende Angaben. Sie können den Fragebogen ausdrucken, ausfüllen und als Fax an 08151 261-263 schicken. Alternativ können Sie das ausgefüllte Formular als E-Mail-Anhang an aufnahme.patienten@ms-klinik.de senden oder auf www.ms-klinik.de/aufenthalt/stationaer hochladen.

Bitte beachten Sie, dass die Übermittlung personenbezogener Daten per unverschlüsselter E-Mail mit Risiken verbunden sein kann. Mit dem Versand per E-Mail erklären Sie sich mit diesem Übermittlungsweg einverstanden.

Aufnahme-/Behandlungsanlass: Warum soll eine stationäre Behandlung durchgeführt werden?

☐ Diagnostik bei Verdacht auf eine MS oder verwandte Erkrankung

☐ Akute Verschlechterung mit folgenden Beschwerden:

☐ Chronische Verschlechterung mit folgenden Beschwerden:

☐ anderer Grund:

Persönliche Informationen

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

MARIANNE-STRAUSS-KLINIK
Berg

Sind Sie privat versichert? ☐ Nein ☐ Ja

Bei welcher Versicherung sind Sie versichert?

Liegt eine Patientenverfügung vor? ☐ Nein ☐ Ja, wird mitgebracht

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ☐ Nein ☐ Ja, wird mitgebracht

Ist ein gesetzlicher Betreuer eingesetzt? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Name des gesetzlichen Betreuers:

Telefonnummer des gesetzlichen Betreuers:

Gewünschte Unterbringung

☐ Zweibettzimmer (Standard)

☐ Einzelzimmer (privat versichert oder als Selbstzahler für 49,87€ pro Nacht)

☐ Chefarztbehandlung (privat versichert oder als Selbstzahler)

Gesundheitliche Probleme

Haben Sie offene Wunden/Dekubitus?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar hier:

Verwenden Sie eine Anti-Dekubitus-Matratze? ☐ Nein ☐ Ja

Verwenden Sie eine Wechseldruckmatratze? ☐ Nein ☐ Ja

Wiegen Sie über 130kg? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie eine Dauerkatheterableitung der Blase oder werden Sie regelmäßig katheterisiert oder katheterisieren Sie sich selbst? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Blase?

☐ Nein ☐ Ja. Bemerkung (bei Bedarf näher beschreiben):

Ist eine Besiedelung mit einem hochresistenten Keim bekannt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar hier: ☐ Nase ☐ Rachen ☐ Leiste ☐ Blase

Erhalten Sie Rituximab? ☐ Nein ☐ Ja

MARIANNE-STRAUSS-KLINIK
Berg

Haben Sie Schmerzen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar hier:

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

Kein Schmerz	Leichter Schmerz	Mäßiger Schmerz	Starker Schmerz	Unerträglicher Schmerz
○ 0 ○ 1	○ 2 ○ 3	○ 4 ○ 5	○ 6 ○ 7	○ 8 ○ 9 ○ 10

Leiden Sie unter einer psychischen Erkrankung oder psychischen Belastung?

☐ Nein ☐ Ja. Bemerkung (bei Bedarf näher beschreiben):

Leiden Sie unter anderen schweren, behandlungsbedürftigen Erkrankungen (z. B. Tumor, Epilepsie, Herz- oder Lungenerkrankung)?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar (bitte Erkrankung nennen):

Leiden Sie unter Vergesslichkeit / Konzentrationsstörungen / Orientierungsstörungen? ☐ Nein ☐ Ja

Ist nach dem geplanten Aufenthalt in der MSK die häusliche Versorgung sichergestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Unterstützungsbedarf

Sind Sie in einer Pflegeversicherung eingestuft? ☐ Nein ☐ Ja, mit Pflegegrad ☐

Verwenden Sie Stöcke/Unterarmgehstützen/Rollator? ☐ Nein ☐ Ja

Können Sie sich selbständig umsetzen? ☐ Nein ☐ Ja

Brauchen Sie Hilfe beim Schneiden von Essen? ☐ Nein ☐ Ja

Brauchen Sie eine Hilfsperson beim Essen? ☐ Nein ☐ Ja

Verschlucken Sie sich häufiger beim Essen/Trinken? ☐ Nein ☐ Ja

Können Sie sich selbständig waschen und anziehen? ☐ völlig ☐ teilweise ☐ gar nicht

Haben Sie eine Ernährungssonde?

☐ Nein ☐ Ja, und ich verwende folgende Sondenkost: