

## Patientenbogen zur Aufnahme in die Rommel-Klinik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben sich nach Einweisung von Ihrem Arzt zur vollstationären Krankenhausbehandlung in der Rommel-Klinik angemeldet. Nach den Vorschriften des Gesetzgebers und der Krankenkassen kann vollstationäre Behandlung in unserer Akutklinik (§ 108 SGB V) nur gewährt werden, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind.“ (§ 39 Abs. 1 SGB V). **Wenn der Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus nach Auffassung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen medizinisch nicht notwendig war, werden die Kosten für den stationären Aufenthalt von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise bezahlt (der Patient muss dafür nicht aufkommen).** Für eine stationäre Behandlung wird vom Gesetzgeber eine ausreichende Schwere der Erkrankung, eine unklare Diagnose oder eine erfolglose ambulante Therapie nach Ausschöpfung aller ambulant möglichen Maßnahmen gefordert. Wir bitten Sie daher, kurz anzugeben, welche Therapien bei Ihnen in den letzten 4 Monaten durchgeführt wurden (bitte entsprechendes ankreuzen bzw. Bemerkungen hinzufügen) und den Fragebogen zurückzusenden. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihre Anfrage nur dann zügig bearbeiten können, wenn alle Angaben vollständig und leserlich vorliegen.

### Persönliche Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

1.) Behandlung beim Hausarzt (in Bezug auf die zur Einweisung führenden Erkrankung)?

Welche (Medikamente, Spritzen, o.a.)?  ja  nein

\_\_\_\_\_

2.) Behandlung beim Facharzt für Orthopädie  ja  nein

Womit: \_\_\_\_\_

3.) Behandlung beim Facharzt für Neurologie/Neurochirurgie?  ja  nein

Welche?: \_\_\_\_\_

4.) Liegen Lähmungserscheinungen oder Taubheitsgefühle vor?  ja  nein

5.) Ambulante fachorthopädische/fachneurologische Therapie ausgeschöpft (länger als 3 Monate her)?  ja  nein

**6.) Diagnostische Maßnahmen (möglichst mit Datum):**

Röntgen  ja  nein

---

Computertomographie (=CT)  ja  nein

---

Kernspintomographie (=MRT)  ja  nein

---

**7.)** Handelt es sich um eine nicht beherrschbare akute Schmerzsymptomatik, die auf die ambulanten Maßnahmen bisher nicht angesprochen hat?  ja  nein

**8.)** Ist die Diagnose eindeutig, d.h. sind die Gründe für die Schmerzen eindeutig bekannt?

Gründe: \_\_\_\_\_  ja  nein

**9.)** Gab es bereits stationäre Aufenthalte (Krankenhaus) aufgrund der jetzt beklagten Beschwerden?

ja  nein

Wenn ja, wann/wo: \_\_\_\_\_

**10.)** Gab es Rehabilitationsmaßnahmen:

a) ohne Besserung

b) beantragt

c) abgelehnt

**11.)** Wurde bei Ihnen bereits eine Operation (in Bezug auf die zur Einweisung führenden Erkrankung) in Erwägung gezogen oder für notwendig erachtet?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

Von wem \_\_\_\_\_

**12.)** Medikamentöse Behandlung (auch Schmerzmittel/Spritzen/Infusionen)  ja  nein

Wenn ja, welche Medikamente:

---

13.) Krankengymnastik/Massagen in den letzten 4 Monaten  ja  nein

Wie viel? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

14.) Sind Sie Träger multiresistenter Keime (MRSA, MRGN, VRE)?  ja  nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

15.) Wie lange besteht schon Arbeitsunfähigkeit? \_\_\_\_\_

16.) Musste eine Rente beantragt werden?  ja  nein

17.) Fragebogen ausgefüllt von / evtl. mit Hilfe von:  
\_\_\_\_\_

18.) Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Besteht eine private Zusatzversicherung?

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die Daten auf dem „*Patientenbogen zur Aufnahme*“ an meine Krankenversicherung zum Zwecke der Prüfung der Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes weitergeleitet werden dürfen.

Unterschrift:.....

Vielen Dank für Ihre Auskünfte!

Ihr Team der Rommel-Klinik Bad Wildbad