

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Mobil: \_\_\_\_\_

## 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.

1.) Welche Beschwerden sind aus Ihrer Sicht am meisten behandlungsbedürftig/stehen im Vordergrund?

\_\_\_\_\_

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

ja  nein

Welche Behandlung haben Sie erhalten, was wurde Ihnen verschrieben (Medikamente, Spritzen, KG o.a.)?

\_\_\_\_\_

3.) Behandlung beim Facharzt für Orthopädie  ja  nein

Art der Behandlung (z.B. Spritzen, Akupunktur...): \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Behandlung: \_\_\_\_\_

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

Art der Behandlung (z.B. Nervenmessung, Medikamente, KG-Rezept): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wann war die letzte Behandlung: \_\_\_\_\_

5.) Liegen Lähmungserscheinungen oder Taubheitsgefühle vor?  ja  nein

6.) Ist eine ambulante fachorthopädische/fachneurologische Therapie ausgeschöpft? Sind Sie schon länger als 3 Monate in Behandlung? Kann keine Besserung mehr durch den entsprechenden Facharzt ambulant erzielt werden?

ja  nein

7.) Diagnostische Maßnahmen (bitte Körperregion angeben und möglichst mit Datum):

Röntgen  ja  nein

---

Computertomographie (=CT)  ja  nein

---

Kernspintomographie (=MRT)  ja  nein

---

8.) Hatten Sie Einzel-Krankengymnastik/Massagen in den letzten 4 Monaten?

ja  nein Wenn nein, warum nicht: \_\_\_\_\_

Wie viele Termine? \_\_\_\_\_

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

9.) Handelt es sich um eine nicht beherrschbare Schmerzsymptomatik, die auf die ambulanten Maßnahmen bisher nicht angesprochen hat (sind die Schmerzen und Symptome aktuell stark vorhanden und nicht mehr ambulant zu bewältigen)?

ja  nein

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

ja Gründe: \_\_\_\_\_

nein

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

ja  nein Wenn ja, bitte Klinik-Bericht beifügen.

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

12.) Gab es Rehabilitationsmaßnahmen, (stationäre Reha  ambulante Reha  Reha Sport  ):

a) ohne Besserung  Wenn ja, bitte Reha-Bericht beifügen.

b) beantragt  genehmigt? Dat. \_\_\_\_\_

c) abgelehnt  Nein

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

nein      Wenn  ja    ->     angeraten/empfohlen oder     durchgeführt

Welche \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

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

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

Wenn ja, welche Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wenn nein, warum nicht: \_\_\_\_\_

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

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

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

17.) Musste eine Rente beantragt werden?                       ja                       nein

18.) Fragebogen ausgefüllt von / evtl. mit Hilfe von:

\_\_\_\_\_

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

Krankenkasse:     private (Zusatz-)Versicherung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **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 und meine Daten in der Rommel-Klinik GmbH gespeichert werden dürfen.

Datum: .....                      Unterschrift: .....

Vielen Dank für Ihre Auskünfte!

Ihr Team der Rommel-Klinik Bad Wildbad