

Frau S. Dürkop
Sekretariat
Neurologisches Zentrum
Hamdorfer Weg 3
23795 Bad Segeberg

Fachklinik für Parkinson und Bewegungsstörungen

Neurologisches Zentrum
Hamdorfer Weg 3 · 23795 Bad Segeberg · Tel. 04551 802-6000
www.segebergerkliniken.de

Anmeldung zur

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privatsprechstunde (Prof. Dr. B. Hauptmann) | <input type="checkbox"/> Tagesklinik |
| <input type="checkbox"/> Parkinsonkomplexbehandlung | <input type="checkbox"/> Akutbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation Phase C/D (GKV) | <input type="checkbox"/> Rehabilitation Phase D (DRV) |

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Fachklinik für Parkinson & Bewegungsstörungen entschieden. Um die weitere Planung für Sie möglichst unkompliziert zu gestalten, möchten wir Ihnen vorab einige Informationen geben.

Nach Eingang Ihrer Anmeldung zur stationären Aufnahme werden wir uns zeitnah zur Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung setzen.

Um für Sie einen möglichst reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, sich am vereinbarten Aufnahmetag zwischen 10.00 und 12.00 Uhr auf der Ihnen genannten Station einzufinden. Bitte bringen Sie alle Ihnen zur Verfügung stehenden Befunde (z. B. Arztbriefe, Computertomographie, Kernspintomographie etc.) sowie einen **aktuellen Medikamentenplan** mit. Hilfreich wäre auch eine Aufstellung der von Ihnen **früher eingenommenen Medikamente**.

Einen angenehmen Aufenthalt wünscht Ihnen das Team der Fachklinik für Parkinson und Bewegungsstörungen!

Abschließend bitten wir um Beantwortung folgender Frage:

Was sind Ihre wichtigsten Ziele für den Aufenthalt?

Bitte lassen Sie die Rückseite dieser Anmeldung von Ihrer/m behandelnden Ärztin/Arzt ausfüllen!

Fax: 04551 802-5905

Arztstempel

Name des Patienten: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____
 Tel./Handy: _____
 E-Mail: _____
 Krankenkasse: _____

Arztstempel

Anlass der Einweisung:

- Diagnostische Zuordnung Zweitmeinung Verschlechterung der Erkrankung

Überprüfung der Indikation zur:

- Pumpentherapie Tiefen Hirnstimulation Endoprothetik

Verschlechterung der Parkinson-Symptomatik mit folgenden Problemen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Motorisch:

- Tremor Haltungsstörung
 Wirkungs- Gangstörung
 fluktuationen Stürze (____/6 Monate)
 Immobilität

Nicht-Motorisch:

- Demenz Kognition
 Halluzinationen Impulskontrollstörungen
 Sprechstörungen Depression
 Schluckstörungen Schlafstörungen
 Speichelfluss

Bevorzugte zeitliche Aufnahmeplanung:

- Innerhalb einer Woche (in diesen dringenden Fällen direkte Kontaktaufnahme mit Chefarzt Herrn Prof. Hauptmann, Oberärztinnen Frau Dr. Hollinde oder Frau Dr. Fritzmannova, Tel. Sekretariat 04551 802-5801)

- Innerhalb von 4 Wochen Innerhalb von 4-12 Wochen

Ist eine kurzfristige Anreise des Patienten möglich (1-2 Tage)? Nein Ja

Aufnahmewunsch (Datum/Zeitraum): _____

Mobilität: Freier Fußgänger Gang am Rollator Gang am Handstock Rollstuhl

Pflegegrad: _____

Aufnahme des Ehe-/Lebenspartners erforderlich: Nein Ja*

Wahleistung Unterkunft* gewünscht?: Nein Ja

Besondere pflegerische/medizinische Aspekte:

- Hilfe beim Waschen Hilfe beim Anziehen Hilfe beim Essen Hilfe bei der Mobilität
 Hilfe beim An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen

Inkontinenz: Nein Ja, für Urin Stuhl

Keimbesiedlung: Nein Ja, mit _____

Sauerstoffpflicht: Nein Ja

Liegende Katheter: PEG PEJ Transurethraler Dauerkatheter Suprapubischer Katheter
 Andere: _____

Apomorphin-Pumpe seit: _____ Duodopa-Pumpe seit: _____ Tiefe Hirnstimulation seit: _____

*Über mögliche Zusatzkosten berät Sie gerne das Team der Aufnahme.