

Karl-Ferdinand-Broll-Straße 2-4 – 35638 Leun-Biskirchen – Tel.: 06473-305-0 – Fax: 06473-305-57 – E-Mail: [aufnahme@parkinson.de](mailto:aufnahme@parkinson.de)

**Zur Planungssicherheit Wahlleistungswünsche bitte auf der 2. Seiten vorab bekannt geben!!!**  
**Bitte beide Seiten in Druckschrift ausgefüllt zurücksenden. Vielen Dank.**

**Patient**

Nachname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Straße:

Wohnort:

Telefon-Nr.:

Familienstand:

**Angehöriger**

Nachname:

Straße:

Postleitzahl:

**Einweisender Arzt**

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

**Hausarzt**

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Vorname:

Geburtsort:

Religionszugehörigkeit:

Postleitzahl:

Bundesland:

Rentner:

ja       nein

Erlerner Beruf

Vorname:

Telefon-Nr.:

Wohnort:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

### Zuständige Krankenkasse (Kostenträger) / Beihilfe

Name der Versicherung / Beihilfestelle :  Versicherungs-Nr. / Beihilfe-Nr.:  Höhe des Prozentsatzes  %

Straße:  Telefon-Nr.:  Fax-Nr.:

Postleitzahl:  Ort:

### Zusatzversicherung / Privatversicherung

Normal-Tarif  Basis-Tarif

Name der Versicherung:  Versicherungs-Nr.:  Höhe des Prozentsatzes  %

Straße:  Telefon-Nr.:  Fax-Nr.:

Postleitzahl:  Ort:

### Gewünschte Unterbringung

Mehrbettzimmer (Regelleistung)

### Wahlleistung (Zuzahlung siehe Pflegekostentarif)

Zweibettzimmer 64,36 €/Tag  unbedingt vorab bekannt geben

Einbettzimmer 95,33 €/Tag  unbedingt vorab bekannt geben

Chefarztbehandlung Rechnung nach GOÄ  unbedingt vorab bekannt geben

Mitaufnahme einer Begleitperson 129,00 €/Tag  108,00 €/Tag  unbedingt vorab bekannt geben

Name der Begleitperson: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Kostenträger der Wahlleistung / Bezeichnung / Name

Zusatzversicherung  Selbstzahler

### Krankheitszustand

#### Können Sie

	ja	nein
alleine stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alleine gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alleine essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich alleine an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Körperpflege durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Haben Sie

	ja	nein
Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauffendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pumpensysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z. B. Apomorphin, Duodopa, Insulin)		

#### Sind Sie

	ja	nein
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rollstuhlpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit einer PEG (Magensonde) versorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient Träger eines Krankenhauskeimes (z. B. MRSA/MRGN/ESBL) ja  nein   
oder wurde er früher wegen eines solchen Keimes behandelt ja  nein

Ist besondere Kost notwendig? ja  nein  Diätform: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt >3 Tage in den letzten 12 Monate in DE oder einem anderen Land ja  nein   
(Wenn ja, dann bitte Entlassungsbericht beifügen)

Frühere ambulante Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum ja  nein  wann:.....

Frühere stationäre Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum ja  nein  wann:.....

Besitzen Sie einen Pflegegrad? ja  nein  Wenn ja welchen? Pflegegrad \_\_\_\_\_  
(bitte bringen Sie den Nachweis bei Aufnahme mit oder senden Sie eine Kopie anbei mit)

Eine Abholung vom Bahnhof Stockhausen/Lahn ist möglich. Abholung gewünscht: ja  nein   
Wenn ja, bitte geben Sie uns die Ankunftszeit des Zuges rechtzeitig telefonisch bekannt.

**Fügen sie bitte folgende Unterlagen bei:** Die Einweisung des behandelnden Arztes, Krankenunterlagen

Ort  Datum  Unterschrift des Patienten oder seines Vertreters

**Wir möchten Sie höflich bitten, beide Seiten des Antrages komplett auszufüllen und an uns zurückzusenden, damit wir eine schnelle und reibungslose Aufnahme für Sie ermöglichen können. Vielen Dank.**