

Anmeldung Parkinsonkomplexbehandlung

MediClin Klinikum Soltau

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Philipp Hüllemann
Klinik für Neurologie und neurologische Frührehabilitation
Oeninger Weg 59, 29614 Soltau

FAX 05191 800 123

oder Telefon

05191 800 8038 Patientenaufnahme

E-Mail: Aufnahme-Akutneuro.Soltau@mediclin.de

05191 800 151 Sekretariat Akutneurologie

Patientendaten

Anmeldende/r Arzt/Ärztin (Name, Tel-Nr., Stempel)

Vorname/Name _____

Geb.Datum _____

Adresse _____

Kostenträger _____

Geb.Datum _____

Adresse _____

Anlass der Einweisung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Zuordnung | <input type="checkbox"/> Überprüfung der Indikation/Einleitung/Therapieoptimierung von Pumpentherapie |
| <input type="checkbox"/> Verschlechterung der Erkrankung | <input type="checkbox"/> Pumpentherapie seit _____ mit <input type="checkbox"/> Apomorphin <input type="checkbox"/> Duodopa <input type="checkbox"/> Produodopa |
| | <input type="checkbox"/> Therapieoptimierung mit Tiefen Hirnstimulation |
| | Tiefe Hirnstimulation seit _____; Hersteller: _____ |

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

Motorisch

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> Wirkungsfluktuationen | <input type="checkbox"/> Stürze (___/Monat) |
| <input type="checkbox"/> Haltungsstörung | <input type="checkbox"/> Immobilität |

Nicht-Motorisch:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Kognition |
| <input type="checkbox"/> Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Impulskontrollstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sprechstörungen | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Speichelfluss | |

Bevorzugte zeitliche Aufnahmeplanung:

- Innerhalb einer Woche (in diesen dringenden Fällen direkte Kontaktaufnahme mit Sekretariat Akutneurologie unter: 05191-800 151)
- Innerhalb von 4 Wochen Innerhalb von 4-12 Wochen
- Ist eine kurzfristige Anreise des Patienten möglich (1-2 Tage)? Ja Nein
- Aufnahmewunsch (Datum/Zeitraum): _____

Mobilität: Freier Fußgänger Gang am Handstock Gang am Rollator Rollstuhl

Pflegegrad: _____ **Gewicht:** _____ kg

Besondere pflegerische/medizinische Aspekte:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Waschen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Essen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Anziehen | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Mobilität | |

Inkontinenz: Nein Ja, für Urin Stuhl

Keimbesiedlung (MRE): Nein Ja, mit _____ Lokalisation: _____

Sauerstoffpflicht: Nein Ja

Liegende Katheter: PEG PEJ Transurethraler Katheter Suprapubischer Katheter

Andere: _____

Besondere Ziele für den Aufenthalt, aktuelle medizinische Problemfelder (gerne Befunde, Berichte, Medikationsplan beifügen):

Datum, Unterschrift: _____