



Otto-Fricke-Krankenhaus
Paulinenberg GmbH
Dr. H. Koepf/Dr. Th. Kriese

**Anmeldung
zur stationären Behandlung
Orthopädie**

Martha-von-Opel-Weg 34
65307 Bad Schwalbach
Tel.: 06124/506-185
Fax.:06124/506-230

Anmeldung erfolgt durch: (Arzt/Einrichtung)			
Tel./Fax		Rückruf erbeten ()	
Patientendaten			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Telefonnummer:		Festnetz:	mobil:
ggf. Angehöriger/Kontakt:		Tel.:	
Krankenkasse/Zusatzvers.			
Behandlungsmodalitäten			
Chefarztbehandlung ()		Einbettzimmer ()	Begleitperson ()
Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:		Vorbehandlung im OFK ()	
Diagnosen:			
<input type="checkbox"/> zerv. Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose <input type="checkbox"/> akutes Zervicalsyndrom <input type="checkbox"/> Postnukleotomiesyndrom <input type="checkbox"/> Facettensyndrom HWS <input type="checkbox"/> sonstige Diagnose(n) _____		<input type="checkbox"/> lumb. Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> deg. LWS-Syndrom <input type="checkbox"/> akutes Lumbalsyndrom <input type="checkbox"/> chron. Schmerzsyndrom <input type="checkbox"/> Facettensyndrom LWS <input type="checkbox"/> Facettensyndrom BWS <input type="checkbox"/> Austestung erforderlich	
Relevante Nebendiagnosen/Befunde: _____			
Körpergewicht > 120kg () Herzschrittmacher () Blutgerinnungsstörung/Marcumar-Th. ()			
MRSA getestet: () nein () ja, wenn ja negativ () oder positiv ()			
Andere multiresistente Erreger oder isolierungspflichtige Infektionen () welche?			
Vorliegende Diagnostik			
<input type="checkbox"/> Rö HWS / BWS / LWS <input type="checkbox"/> Myelo-CT LWS		<input type="checkbox"/> CT HWS / BWS / LWS <input type="checkbox"/> MRT HWS / BWS / LWS	
Erstellungsdatum:			
Erfolgte Therapien			
Medikation: <input type="checkbox"/> NSAR <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Opioide oral <input type="checkbox"/> Opioide transdermal <input type="checkbox"/> Infusionen <input type="checkbox"/> Antidepressiva			
Physiotherapie: (Behandlungen in den letzten drei Monaten) <input type="checkbox"/> 6x <input type="checkbox"/> 12x <input type="checkbox"/> > 12x <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> Reha stat.			
Sonst. Th.: <input type="checkbox"/> Elektroth. <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> ambulante Schmerztherapie durch Schmerzzentrum/-therapeuten			
Einweisungsindikation			
<input type="checkbox"/> akutes Schmerzsysndrom <input type="checkbox"/> ausgeschöpfte amb. Th. <input type="checkbox"/> Inoperabilität <input type="checkbox"/> Immobilität <input type="checkbox"/> neurolog. Defizite <input type="checkbox"/> keine Refahfähigkeit <input type="checkbox"/> multimodale Schmerztherapie			
Datum:	Unterschrift des Einweisers:		
Datum:	Anmeldung angenommen:		
	_____ Unterschrift Ltd. Arzt		