



Otto-Fricke-Krankenhaus
Paulinenberg GmbH
Ärztlicher Direktor
Dr. med. Klaus Weil

**Anmeldung
zur stationären Behandlung
Orthopädie**

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

Anmeldung erfolgt durch:		
Ansprechpartner:		
Tel.:		
Fax:		
Patientendaten		
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Krankenkasse:		
Versicherungsnummer:		
Nächster Angehöriger:		Tel.:
Gesetzlicher Betreuer:		Tel.:
Pflegestufe nach SGB XI: 1 () 2 () 3 ()		Pflegekategorie: A/ S/
Behandlungsmodalitäten		
Chefarztbehandlung () Einbettzimmer () Begleitperson ()		
Aufnahmezeitpunkt:		
Vorbehandlung im OFK ()		
Diagnosen		
<input type="checkbox"/> cerv. Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> lumb. Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose <input type="checkbox"/> deg. LWS-Syndrom <input type="checkbox"/> akutes Cervicalsyndrom <input type="checkbox"/> akutes Lumbalsyndrom <input type="checkbox"/> Postnucleotomiesyndrom <input type="checkbox"/> chron. Schmerzsyndrom		
Relevante Nebendiagnosen / Befunde:		
Bösartige Erkrankung () Körpergewicht > 120kg ()		
Vorliegende Diagnostik		
<input type="checkbox"/> Rö HWS / BWS / LWS <input type="checkbox"/> CT HWS / BWS / LWS <input type="checkbox"/> Erstellungsdatum: <input type="checkbox"/> Myelo-CT LWS <input type="checkbox"/> MRT HWS / BWS / LWS		
Erfolgte Therapie		
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"/> Elektro <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Psycho-TH		
Einweisungsindikation		
<input type="checkbox"/> akutes Schmerzsyndrom <input type="checkbox"/> ausgeschöpfte amb. TH <input type="checkbox"/> Inoperabilität <input type="checkbox"/> Immobilität <input type="checkbox"/> neurolog. Defizite <input type="checkbox"/> keine Rehafähigkeit		
Datum:	Unterschrift des Einweisers:	
Datum:	Anmeldung angenommen:	
	<hr/> Unterschrift Ltd. Arzt	

Ersteller: Krusche	Freigabe: KHL	Datum: 22.11.07	Änderungs- stand: 1	Dateiname: PM 0002 Anmeldung zur stationären Behandlung Orthopädie	Nummer: PM 0002	S.1 von 1
-----------------------	------------------	--------------------	------------------------	---	-----------------	-----------