	Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg GmbH Dr. H. Koepp / Dr. Th. Kriese	**Anmeldung zur stationären Behandlung Orthopädie**	Martha-von-Opel-Weg 34 65307 Bad Schwalbach Tel.: 06124/506 - 178 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

( ) zerv. Bandscheibenvorfall ( ) lumb. Bandscheibenvorfall ( ) Facettensyndrom BWS
( ) Spinalkanalstenose ( ) deg. LWS-Syndrom ( ) Austestung erforderlich
( ) akutes Zervicalsyndrom ( ) akutes Lumbalsyndrom ( ) Facettensyndrom LWS
( ) Postnukleotomiesyndrom ( ) chron. Schmerzstörung
( ) Facettensyndrom HWS ( ) sonstige Diagnose(n) _____

Relevante Nebendiagnosen/Befunde:_____
( ) Psychische Erkrankungen ( ) COPD/ Asthma
( ) Herzinsuffizienz ( ) Neurologische Erkrankung
( ) Herzklappenfehler
Körpergewicht > 120kg ( ) Herzschrittmacher ( ) Blutgerinnungsstörung/Marcumar-Th. ( )

MRSA getestet: ( ) nein ( ) ja; wenn ja negativ ( ) oder positiv ( )

Andere multiresistente Erreger oder isolierungspflichtige Infektionen ( ) welche?_____

Vorliegende Diagnostik

( ) Rö HWS / BWS / LWS ( ) CT HWS / BWS / LWS Erstellungsdatum:
( ) MRT HWS / BWS / LWS ( ) Sonstiges:_____

Erfolgte Therapien

Medikation: ( ) NSAR ( ) Cortison ( ) Opioide oral ( ) Opioide transdermal
( ) Infusionen ( ) Antidepressiva

Physiotherapie: Wichtig!
( ) 6x ( ) 12x ( ) > 12x ( ) EAP ( ) Reha stat.

Sonst. Th.: ( ) Elektroth. ( ) TENS ( ) Injektionen ( ) Akupunktur ( ) Psychotherapie
( ) ambulante Schmerztherapie durch Schmerzzentrum/-therapeuten

Einweisungsindikation

( ) akute Schmerzsyndrom ( ) ausgeschöpfte amb. Th. ( ) Inoperabilität
( ) Immobilität ( ) neurolog. Defizite ( ) keine Rehafähigkeit:
( ) multimodale Schmerztherapie

Datum:	Unterschrift des Einweisers:
Datum:	Anmeldung angenommen: _____ Unterschrift Chefarzt