

Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

Um einen stationären Aufenthalt zu ermöglichen ist es wichtig, dass Sie uns folgende Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Name:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers
Adresse:	
Bundesland:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Krankenversicherung:	
ggf. Zusatzversicherung:	
Zusatzvers. NR:	

Indikation zur naturheilkundlichen Behandlung (NHK)

A: Administrative Aufnahme:

1.	Welche Diagnose steht für Sie im Vordergrund der Behandlung?
2.	Was ist das Ziel Ihres Krankenhausaufenthaltes?
3.	Haben Sie aufgrund der Hauptdiagnose bereits eine Rehabilitationsbehandlung in Anspruch genommen? ☐ Ja ☐ Nein <i>(wenn ja, wann? Welche Art der Rehabilitation? z.B. (psychosomatisch) Bitte fügen Sie den Entlassbrief aus der Rehabilitationsbehandlung bei.)</i> Hatten Sie bereits mit demselben Beschwerdebild eine stationäre Therapie in einer anderen Abt. für Naturheilkunde oder bei uns? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann? _____

Die Integrative Medizin und Naturheilkunde in Bamberg ist ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 Abs. SGB V und steht entsprechend im Krankenhausplan von Bayern.

Die Abrechnung des stationären Aufenthaltes (allgemeine Krankenhausleistung) erfolgt auf Basis der gesetzlichen Abrechnungsbestimmungen (KHG, FPV, KHEntgG). Das gilt für die Behandlung von gesetzlich wie auch privat versicherten Patientinnen/Patienten. Der Aufenthalt ist somit Beihilfe erstattungsfähig. Prüfen Sie bitte vorab Ihre Versicherungskonditionen.



Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

B1: Allgemeiner Patientenfragebogen

		Ja	Nein																		
1.	Haben Sie die Einweisungsdiagnose(n) bereits länger als 6 Monate? Falls ja, seit wann:	☐	☐																		
2.	Wie stark sind Ihre Schmerzen Beschwerdegrad auf einer Skala von 1 bis 10 (Bitte nur EINE ZAHL ankreuzen!) 0 Kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stärkste vorstellbare Schmerzen																				
3.	Wie hat sich Ihr Körpergewicht entwickelt? (Gewichtszunahme ☐ ? – Gewichtsverlust ☐ ?): Bitte geben Sie uns das aktuelle Körpergewicht und die Größe an: _____cm _____kg																				
4.	<i>Für Diabetiker-Patienten:</i> Wie hoch ist Ihr HbA1c Wert, trotz medikamentöser Therapie? _____																				
5.	Wurde bei Ihnen in den letzten Monaten folgendes an Therapien durchgeführt: Physikalische Therapie /Rehasport/Ergotherapie ☐ ☐ Invasive Maßnahmen (Spritzen/Infusionen) ☐ ☐ Ambulante Ernährungsberatung ☐ ☐ Medikamentöse Therapie ☐ ☐ Falls ja, welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein? (*) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Medikament</th> <th style="width: 20%;">Dosis</th> <th style="width: 30%;">Häufigkeit, z.B. 2x1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2x1																	
Medikament	Dosis	Häufigkeit, z.B. 2x1																			
	(*) Bitte Kopie vom aktuellen Medikamentenplan beilegen Haben Sie verordnete Medikamente abgesetzt? Welche? _____	☐	☐																		
6.	Liegen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten oder sogar Allergien auf Medikamente vor? ☐ ☐ Falls ja, welche: _____ Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ☐ ☐ Wie äußern sich die Beschwerden? Wurden H2-Atemteste durchgeführt? Labordiagnostik? ☐ ☐ _____ _____ _____																				



Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

		Ja	Nein																		
7.	Handelt es sich bei Ihren Schmerzen / Beschwerden um eine(n): Akute Verschlimmerung? Chronische Erkrankung? Stabilen Zustand der Beschwerden? Akuten Schub der Erkrankung?	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐																		
8.	Nimmt die Schmerzdauer / Anzahl der Attacken trotz ambulanter Maßnahmen weiter zu?	☐	☐																		
9.	Sind Sie körperlich beeinträchtigt, z.B. in Ihrer Mobilität (Rollator, Rollstuhl, Gehwagen etc.) Wie äußert sich das? Können Sie die tägliche Körperpflege selbst übernehmen? Pflegegrad: _____	☐ ☐	☐ ☐																		
10.	Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderung vor? Falls ja, GdB: _____ Laufendes Rentenverfahren?	☐ ☐	☐ ☐																		
11.	Sind/ waren Sie bereits länger als drei Monate arbeitsunfähig? Falls ja, seit wann? _____ Wie ist Ihre berufliche Situation? Erlerner Beruf: _____ Zuletzt ausgeübter Beruf: _____ Berentet seit: _____	☐	☐																		
12.	Wurden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden bereits operiert? Falls ja, wann: _____	☐	☐																		
13.	Lagen Sie aus anderen Gründen schon einmal im Krankenhaus?	☐	☐																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grund</th> <th>Krankenhaus</th> <th>Monat / Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Grund	Krankenhaus	Monat / Jahr																	
Grund	Krankenhaus	Monat / Jahr																			
	Gibt es Beschwerden in einem zweiten Bereich, die Sie wesentlich beeinträchtigen? Wenn ja, welche?	☐	☐																		



Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

		Ja	Nein
14.	Sind Sie bei weiteren Fachärzten in Behandlung?		
	Rheumatologe?	☐	☐
	Orthopäde/ Schmerztherapeut?	☐	☐
	Neurologe/Psychiater?	☐	☐
	Gastroenterologe?	☐	☐
	Onkologe?	☐	☐
	Weitere:		
15.	Haben Sie zusätzliche Beschwerden/ Erkrankungen, die nicht auf dem Einweisungsschein stehen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, PTBS):	☐	☐
	Falls ja, welche? _____		
	Laufende Psychotherapie?	☐	☐
	Falls nein, von: _____ bis: _____		
	Vorherige teilstationäre oder stationäre Psychotherapie? (Bitte Bericht des Psychotherapeuten beifügen)	☐	☐
16.	Wurden bildgebenden Verfahren in den letzten drei Jahren durchgeführt?	☐	☐
	Wenn ja, welche?		
	Röntgen? _____		
	CT/MRT? _____		
	Ultraschall? _____		

Zusatz: (falls zutreffend)

Waren Sie bereits in unserer naturheilkundlichen Sprechstunde?

☐
☐

Falls ja, wann? _____

bei wem? _____

Möchten Sie informiert werden wenn in unserer Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde eine neue Studie zu innovativen Therapie- oder Diagnosemethoden speziell für Ihre Erkrankung startet?

☐
☐

Bitte kreuzen Sie Ihren jeweiligen Zimmerwunsch an:

Sofern Sie ein 1-Bett-Zimmer in Anspruch nehmen möchten, so betragen die Kosten für

☐ 1-Bett-Zimmer: 180 €/Tag

☐ 2-Bett-Zimmer: zuzahlungsfrei

Wünschen Sie zusätzlich die Chefarztbehandlung (kostenpflichtig)?

☐
☐

(Hinweis: Die Leistungen werden nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet.

Zusätzlich ist zu erwähnen, dass es sich bei der Chefarztbehandlung um **jede Leistung** handelt, die angeordnet wird (z.B. Labor...).

Falls Sie eine private Zusatzversicherung haben, klären Sie bitte im Vorfeld, ob die Kosten übernommen werden.