

# NEUROLOGISCHE KLINIK SELZER

Rückantwort:

Neurologische Klinik Selzer GmbH Patientenaufnahme Murgtalstraße 656 72270 Baiersbronn
---

Ärztliche Leitung:  
 Dr. med. Zoltan Biro  
 Facharzt für Neurologie

Haus Waldhorn      Tel. 07447/27-0  
 Murgtalstraße 656      Fax 07447/27-222

Haus Berghof      Tel. 07447/27-170  
 Schifferstraße 74      Fax 07447/27-171

72270 Baiersbronn - Schönmünzach

Internet: <http://www.selzer.de>  
 Telefon: 07447/27-138  
 Email: [b.lauck@selzer.de](mailto:b.lauck@selzer.de)

## Fragebogen 1

**Bitte jeweils die Rückseiten beachten und Fragebogen 1 und 2 zurück senden!**

<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Straße:</b>	<b>PLZ, Ort:</b>
<b>Bei Pflegeeinrichtung bitte IK Nummer angeben:</b>	
<b>Telefon:</b>	<b>Mobil:</b>
<b>E-Mail:</b>	
<b>Diagnose/n:</b>	

<b>Nächster Angehöriger oder Vertrauensperson</b>	
<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Straße:</b>	<b>PLZ, Ort:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Mobil:</b>

Neurologische Klinik Selzer GmbH,  
 Murgtalstraße 656, 72270 Baiersbronn  
 Registergericht Stuttgart HRB 741 144 IK 260 821 332

Geschäftsführer:  
 Ass. jur. Julia Selzer-Bleich, MBA  
 Dipl.-Kfm. Hans-Joachim Selzer

Deutsche Bank Baden-Baden

Kreissparkasse Freudenstadt

Postbank Stuttgart

Volksbank Baiersbronn - Murgtal

0 326 611, BLZ 662 700 01

IBAN DE37662700010032661100 BIC DEUTDESM662  
31 079, BLZ 642 510 60IBAN DE66642510600000031079 BIC SOLADES1FDS  
1974-706, BLZ 600 100 70IBAN DE95600100700001974706 BIC PBNKDEFF600  
33094004, BLZ 642 613 63

IBAN DE04642613630033094004 BIC GENODES1BAI

**Gesetzlicher Betreuer (Betreuerausweis/Vollmacht bitte beifügen)**

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil:

**Kostenträger**

gesetzliche Krankenkasse

Versicherung:

Versicherungsnummer:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung

 Kostenzusage liegt vor

Versicherung:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Versicherungsnummer:

Versicherungskarte mitbringen (falls vorhanden)

Versicherungsumfang:

 1-Bett-Zi. (\_\_\_ %) |  2-Bett-Zi. (\_\_\_%) |  Wahlärztliche Beh. (\_\_\_%) |  Allg. Krankenhausleistung (\_\_\_%) Beihilfestelle

Versicherung:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

**Behandelnde Ärzte**

Neurologe:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Einweiser:  Ja  Nein

Hausarzt:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Einweiser:  Ja  Nein

Datum:

Unterschrift:

# NEUROLOGISCHE KLINIK SELZER

## Fragebogen 2 - Anamnese Betreuungsaufwand

<b>Name, Vorname:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Diagnose/n:</b>		
<b>Liegt ein multiresistenter Keim vor?</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> sonstiges		
<b>Lokalisation:</b> _____		
<b>Pflegegrad:</b> _____	<b>Grad der Behinderung:</b> _____	<b>Merkzeichen:</b> _____

Hilfsmittel				
<input type="checkbox"/> Selbständig		<input type="checkbox"/> Selbständig mit Hilfe		<input type="checkbox"/> Unselbständig
<input type="checkbox"/> Gehstock/Stock	<input type="checkbox"/> Unterarmstützen	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> E-Rollstuhl
<input type="checkbox"/> bei Transfer			<input type="checkbox"/> bei allen Tätigkeiten	
<input type="checkbox"/> Lifter			<input type="checkbox"/> Dekubitus-Matratze	

Waschen und Kleiden			
Grundpflege	Selbständig	Unter Anleitung	Kompl. Übernahme
Gesicht- & Mundpflege			
Duschen			
Oberkörper			
Arme			
Rücken			
Intimpflege			
Haare waschen & kämmen			
Rasieren <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> trocken			
Hautpflege			
Auswahl der Kleidung			
An- und Ausziehen			
ATS (Kompressionsstrümpfe)			

Essen und Trinken			
	Selbständig	Unter Anleitung	Kompl. Übernahme
Nahrung mundgerecht vorbereiten			
Nahrungsaufnahme			
Trinken			

Neurologische Klinik Selzer GmbH,  
Murgtalstraße 656, 72270 Baiersbronn  
Registergericht Stuttgart HRB 741 144 IK 260 821 332

Geschäftsführer:  
Ass. jur. Julia Selzer-Bleich, MBA  
Dipl.-Kfm. Hans-Joachim Selzer

Deutsche Bank Baden-Baden

Kreissparkasse Freudenstadt

Postbank Stuttgart

Volksbank Baiersbronn - Murgtal

0 326 611, BLZ 662 700 01

IBAN DE37662700010032661100 BIC DEUTDESM662

31 079, BLZ 642 510 60

IBAN DE66642510600000031079 BIC SOLADES1FDS

1974-706 , BLZ 600 100 70

IBAN DE95600100700001974706 BIC PBNKDEFF600

33094004, BLZ 642 613 63

IBAN DE04642613630033094004 BIC GENODES1BAI

<u>Kostform</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> PEG
	<input type="checkbox"/> sonstiges				

<u>Allergien</u>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche
------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Kommunikation				
Sprache	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> Aphasie	Hilfsmittel: _____
Hören	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer	Hilfsmittel: _____
Sehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer	Hilfsmittel: _____

Ausscheidung			
	Selbständig	Unter Anleitung	Kompl. Übernahme
Toilettengang			
Inkontinenzversorgung			

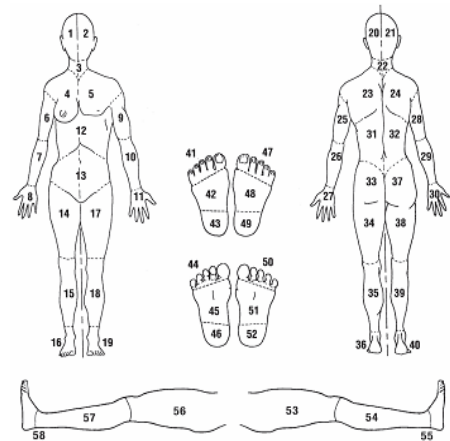
<input type="checkbox"/> Ich katheterisiere mich selbst, Produkt: _____	CH: _____	PZN: _____	Menge/Tag: _____
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	CH: _____	<input type="checkbox"/> Anus Praeter	
<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter	CH: _____	Letzter Wechsel: _____	

**Bitte beachten: Wir führen keine Wechsel der suprapubischen Katheter im Haus durch!**

<input type="checkbox"/> Dialyse	Wo: _____	Wann: _____
----------------------------------	-----------	-------------

Wunden		
Haben Sie zurzeit eine Wunde? Bitte Lokalisation auf dem Bild markieren.		
<input type="checkbox"/> Ulcus cruris	<input type="checkbox"/> venös	<input type="checkbox"/> arteriell
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/> traumatische Wunde
<input type="checkbox"/> postoperative Wundheilungsstörung		
<input type="checkbox"/> Verbrennung		
<input type="checkbox"/> sonstiges		
Versorgung mit: _____		

**Lokalisation**



Schmerzen
Bitte kreuzen Sie Ihre aktuelle Schmerzeinschätzung auf der Skala an!
Grund: _____
Behandlung <input type="checkbox"/> Medikamente:
<input type="checkbox"/> Therapien:
<input type="checkbox"/> sonstiges:

