



Kriterienkatalog zur Abklärung der Indikation zur stationären Aufnahme in der Klinik für Manuelle Therapie

An die Patienten und einweisenden Ärzte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie haben eine Einweisung für die Klinik für Manuelle Therapie in Hamm erhalten. Erfahrungsgemäß werden in den letzten Jahren von den Krankenversicherern bzw. den Medizinischen Diensten die Indikation für stationäre Behandlungen in unserer Akutklinik zunehmend hinterfragt. Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung nur dann, wenn nach Prüfung durch das Krankenhaus die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Um dem einweisenden Arzt und uns umfangreiche Anfragen während und nach der stationären Behandlung zu ersparen, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen.

Die Patientin/der Patient schickt es uns dann zusammen mit dem von ihr/ihm auszufüllenden Aufnahmeformular und Deutschen Schmerzfragebogen zu. Nach Prüfung der **vollständig ausgefüllten Unterlagen erfolgt die Einbestellung zur stationären Behandlung.**

Patientin/Patient

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Tel: _____ E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Stationäre Behandlungen in den letzten zwei Jahren:

Wo, wann und warum fanden die Behandlungen statt? (Bitte hier Ort und Klinik sowie Datum eintragen)

Rehabilitationsmaßnahme: _____

Kur: _____

Stationäre Krankenhausbehandlungen: _____

Operationen:	Welche?	Wo und wann durchgeführt?

Welche ambulanten ärztlichen Therapiemaßnahmen wurden bei Ihnen in den letzten sechs Monaten vor der jetzt geplanten stationären Aufnahme durchgeführt?

Name des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Ort: _____

wann: _____

durchgeführte ambulante schmerztherapeutische Maßnahmen: _____

Name des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Ort: _____

wann: _____

durchgeführte ambulante schmerztherapeutische Maßnahmen: _____

Name des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Ort: _____

wann: _____

durchgeführte ambulante schmerztherapeutische Maßnahmen: _____

Wurden ambulant Krankengymnastik / Massagen / Elektrotherapie / Lymphdrainage / Manuelle Medizin / Osteopathie / Akupunktur / Präventivprogramme der Krankenkassen oder ähnliches bei Ihnen in den letzten sechs Monaten durchgeführt? Bitte vollständige Angabe!

Welche? Von wann bis wann: Anzahl:

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Grundvoraussetzung:

patientenseitige Motivation, ausreichende Sprachkenntnisse und kognitive Fähigkeiten

Es besteht die Möglichkeit, die Indikation zu einer stationären Behandlung im MVZ der Klinik für Manuelle Therapie ambulant überprüfen zu lassen (Tel. 02381/8769470).

Ort, Datum

Stempel des einweisenden Arztes

Unterschrift