



Patientenetikett

## Patientenanamnesebogen

**Dieser Teil wird vom Krankenhausmitarbeiter ausgefüllt!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geplanter operativer Eingriff: \_\_\_\_\_

Kürzlich voroperiert:       Nein                       Ja

Wenn ja, was?: \_\_\_\_\_ Wann?: \_\_\_\_\_

Wo?: \_\_\_\_\_

Wahlleistung gewünscht?: \_\_\_\_\_

Diab. mell.:                       Nein                       Ja, tablettspflichtig /  Ja, insulinpflichtig

*Hinweis an Patienten: Bitte HbA1C-Wert bei Vorbereitungsstermin mitbringen. Dieser darf nicht älter als 3 Monate sein!*

Gerinnungshemmendes Medikament:  Nein       Ja, welches?: \_\_\_\_\_

*Hinweis an Patienten: Wenn die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten erfolgt, muss geklärt werden, weshalb die Einnahme erfolgt. Bitte unbedingt vorhandene Befunde diesbezüglich zur prästationären Vorbereitung mitbringen!*

Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten/Lebensmittelunverträglichkeiten:  Nein       Ja

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitarbeiter Patientenplanung



Sehr geehrte/r Patientin/Patient,

für Ihren reibungslosen Aufenthalt im Orthopädischen Zentrum Rothenburg benötigen wir zur Vorbereitung einige persönliche Informationen.

Bitte nehmen Sie sich daher etwas Zeit, **überprüfen** Sie die bereits auf Seite 1 eingetragenen Angaben und füllen diesen Patientenfragebogen **vollständig und genau** aus.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Die Angaben auf Seite 1 sind korrekt:       Ja       Nein

**1. Alter:** \_\_\_\_\_      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**2. Nächster Angehöriger/Ansprechpartner** (Name, Bezug zum Patienten, Wohnort, Telefonnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Hausarzt** (Name, Anschrift, Telefonnummer):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Patientenverfügung:**     Nein       Ja      *Bitte als Kopie mitbringen!*

**6. Vorsorgevollmacht:**     Nein       Ja      *Bitte als Kopie mitbringen!*

**7. Gesetzlicher Betreuer:**     Nein       Ja      *Bitte Betreuungsurkunde mitbringen!*

Wenn ja, Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

Prozente der Behinderung: \_\_\_\_\_ Behindertenausweis:  Nein  Ja

Merkzeichen:       „G“       „H“       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:       Nein     1     2     3     4     5

**9. Weitere Vorerkrankungen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenoperation  |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                |   |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung           |   |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                  | <input type="checkbox"/> Venenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Thrombose                     | <input type="checkbox"/> Krampfadern            |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie                 | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star                   |   |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star                   | <input type="checkbox"/> Mb. Parkinson          |
|  | <input type="checkbox"/> Epilepsie              |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte/Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Depression             |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                        | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose      |
| <input type="checkbox"/> COPD (Lungenerkrankung)       |   |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe                   |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                        |   |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung: _____        |   |

- Dialyse:  Nein  Ja
- Herzschrittmacher:  Nein  Ja
- Hirnschrittmacher:  Nein  Ja
- Herzklappe:  Nein  Ja
- Stuhlinkontinenz:  Nein  Ja →  immer  gelegentlich
- Harninkontinenz:  Nein  Ja →  immer  gelegentlich
- Haben Sie einen Anus praeter oder ein Harnkathetersystem:  Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_
- letzter Wechsel: \_\_\_\_\_
- Hörschwäche:  Nein  Ja Hörgerät:  Nein  Ja
- Augenerkrankung:  Nein  Ja, welche?: \_\_\_\_\_
- Sehhilfe notwendig:  Nein  Ja

**10. Voroperationen / frühere Krankenhausaufenthalte:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Knieprothese                 | <input type="checkbox"/> Hüftprothese         | <input type="checkbox"/> Schulterprothese          |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-OP              | <input type="checkbox"/> Shuntanlage          | <input type="checkbox"/> Stent                     |
| <input type="checkbox"/> Bypass                       | <input type="checkbox"/> Fußkrankung          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung           | <input type="checkbox"/> Harnblasenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfadern               |
| <input type="checkbox"/> Immunglobuline               | <input type="checkbox"/> Schlaflabor          | <input type="checkbox"/> Langzeit-EEG              |
| <input type="checkbox"/> Lumbalpunktion               | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung      | <input type="checkbox"/> Darm-/Blinddarmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter/Eierstöcke/Brust |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____              |   |  |



**15. Wann haben Sie Schmerzen?**

- bei Belastung / Bewegung  in Ruhe (im Sitzen oder Liegen)

**16. Wie weit können Sie laufen?**

- > 500 m  < 10 m  
 50 – 500 m  ich kann nicht mehr laufen  
 10 – 50 m

**17. Können Sie Treppe steigen?**

- Ja, selbstständig  Ja, mit Hilfe  
 Nein

**18. Benutzen Sie regelmäßig Gehhilfen? Wenn ja, bitte ankreuzen.**

- 1 Unterarmgehstütze / Gehstock  Rollator  
 2 Unterarmgehstützen  Rollstuhl  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**19. Aktuelle Wohnsituation:**

- alleinlebend  bei Kind/Eltern/Familie/Partner lebend  mit pflegebedürftigen Partner lebend  
 Versorgung durch ambulante Pflege (Name, Telefonnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Versorgung im Pflegeheim (Name, Anschrift, Telefonnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20. Wohnsituation nach dem Krankenhausaufenthalt:**

- komme alleine zurecht  
 Hilfe durch Kind/Eltern/Familie/Partner (Name, Telefonnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Versorgung durch ambulante Pflege (Name, Telefonnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Versorgung im Pflegeheim (Name, Anschrift, Telefonnummer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**21. Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift den Punkt an, welcher Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.**

**BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT**

- Ich habe keine Probleme herumzugehen.  
 Ich habe einige Probleme herumzugehen.  
 Ich bin an das Bett gebunden.



FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

**Wichtig: Bitte bringen Sie fachärztliche Befunde und Epikrisen stationärer Aufenthalte der letzten Jahre mit!**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten