

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 _____ | | |
-
-
-

11. Bitte bringen Sie Ihren aktuell vom Hausarzt erstellten Medikamentenplan mit! Sollten Sie keinen aktuellen Plan von Ihrem Hausarzt erhalten, tragen Sie bitte Ihre derzeitigen Medikamente mit der dazugehörigen Dosierung hier ein:

Medikamentenname (mit mg, Hub, i.E....)	Medikamentenart (z.B. Kapseln, Tabletten, Tropfen...)	Wann und wieviel? (früh, mittags, abends, nachts)

12. Derzeitige Hautsituation:

- o Verletzungen/Wunden → Wo? _____
- o Hauterkrankung: _____
- o blaue Flecken → Wo? _____
- o Rötungen → Wo? _____
- o Schuppenflechte → Wo? _____
- o Neurodermitis → Wo? _____
- Hautveränderungen im Bereich der Leisten? o Nein o Ja
- Hautveränderungen im Bereich der Brust? o Nein o Ja
- Hautveränderungen im Bereich der Bauchfalte? o Nein o Ja

13. Schmerzlokalisierung und Dauer der Beschwerden. Bitte kreuzen Sie nur die Körperregion mit der stärksten Ausprägung an:

- o Hüfte links o Schulter links
 - o Hüfte rechts o Schulter rechts
 - o Knie links o Fuß links
 - o Knie rechts o Fuß rechts o Sonstiges _____
- Die Beschwerden bestehen seit wann? _____

14. Strahlen die in Punkt 13 angegebenen Schmerzen in andere, vor allem angrenzende Körperregionen, aus?

- o Nein o Ja
- Wenn ja, wohin?
- o Leiste o Unterschenkel
- o Lendenregion o Sprunggelenk
- o Oberschenkel o Fuß
- o Knie o Zehen
- o Hals o 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