

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Aufnahmeformalitäten ohne zeitliche Verzögerungen erledigen zu können, benötigen wir von Ihnen vorab schon einige Informationen.
Bitte füllen Sie dieses Formular aus und geben es bei der stationären Aufnahme / Vorbereitung ab.

<p>Name: _____ Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ eigene Tel.: _____</p> <p>Mail Adresse: _____</p> <p>Name, Verwandtschaftsgrad und Telefonnummer von Angehörigen: _____</p>	<p>4. Müssen Sie eine Diät / besondere Kostform einhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Ernährungsberatung!) Wenn ja, welche: _____</p>
<p>Name, Adresse und Telefonnummer des Einweisenden Arztes / Hausarztes: _____</p>	<p>5a. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator (ICD)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>5b. Haben Sie eine Herzklappe/sonst. Prothesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>Wenn ja, bringen Sie bitte den Ausweis mit in das Krankenhaus.</i></p>
<p>Größe: _____ Aktuelles Gewicht: _____</p> <p>1. Sind bei Ihnen Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche: _____ <i>Wenn ja, bringen Sie bitte Ihren Allergiepass mit in das Krankenhaus.</i></p>	<p>6. Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wie oft? (Stratify-Skala!) _____</p>
<p>2a. Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>2b. Leiden Sie jetzt unter Schmerzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Schmerzerhebungsbogen!) Wenn ja, markieren Sie bitte den Stärkegrad Ihrer Schmerzen: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ Kein Schmerz Mittlerer Schmerz Stärkster Schmerz</p>	<p>7. Benötigen Sie momentan pflegerische Unterstützung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Pflegeanamnese!)</p> <p>8. Haben Sie einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welchen? _____</p>
<p>3. Haben Sie eine ... <input type="checkbox"/> Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht? <i>Wenn ja, bringen Sie bitte eine Kopie mit ins Krankenhaus.</i></p>	<p>9. Benötigen Sie Hilfsmittel wie Gehstöcke, Rollstuhl, Zahnprothese/n oben / unten, Brille/n, Hörgerät/e? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? _____ <i>Wenn ja, bringen Sie diese bitte nach Möglichkeit mit.</i></p>
	<p>10. Sind bei Ihnen Hauterkrankungen (Hautschäden/Irritationen) bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? _____</p>
	<p>11. Gibt es noch andere wichtige Dinge, die bei Ihrer Aufnahme vorab zu berücksichtigen sind? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? _____</p>

12. Vorerkrankungen:

Operationen:	Jahr	Sonstige Erkrankungen (z.B. Hepatitis, Herz, Kreislauf, Diabetes, Schilddrüse, Lunge, Haut):	Jahr

13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein Wenn ja, **Medikamentenplan** (inkl. Dosierung) beilegen.

Blutgerinnungshemmende Dauermedikation			Dosierung	Seit wann?	
Marcumar®, Coumadin®, Pradaxa® o. ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
ASS / Aspirin®, Godamed® o. ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Clopidogrel / Plavix®, Xarelto® o.ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Metformin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzte Einnahme: _____		Dosierung: _____	
Sonstige Medikamente	Dosierung	Sonstige Medikamente	Dosierung	Sonstige Medikamente	Dosierung

Wir, Ihr Krankenhaus-Team, bedanken uns für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt. Bitte nehmen Sie sich für Ihren Termin genügend Zeit mit.

Datum: _____ Ihre Unterschrift: _____