

Liebe Patienten, bitte bringen Sie die nachstehenden Daten und Fakten zu Ihrem stationären Aufenthalt mit.



Sie können auch diesen Bogen ausfüllen.

Familien-Name:	Vorname:
-----------------------	-----------------

Telefon eines nächsten Angehörigen: falls Rücksprachen nötig sind: (dienstlich, zu Hause, auch Handy mögl.)	1. Mit Vorwahl: / 2. Mit Vorwahl: / 3. Mit Vorwahl: /
---	---

Eigene Telefon-Nr. (bei Rücksprachen nach Entlassung):	1. Mit Vorwahl: / 2. Mit Vorwahl: /
--	--

Hausarzt: (Adresse / Tel. Nr.)	
Einweisender Arzt/Krankenhaus: (Fachgebiet, Adresse / Tel. Nr.):	

Allergien/Reaktionen: (Allergiepass?) (z.B. Hausstaub, Pollen, Medikamente, Kontrastmittel, Pflaster, Metalle...?)	
---	--

Medikamente, Insulin, (Hormon-) Spritzen, Schmerz-Pflaster, die sie im Moment nehmen: Medikamenten-Pass ? Gelegentliche Schmerzmittel: (welche, wie oft)	Medikament:	mg:	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Medikamente, (z. B. Aspirin/ASS/Godamed, Marcumar, Antibiotika, o.a.) die sie abgesetzt haben:						

Operationen: (z.B. Bauch, Herz, Kopf, Knochenbrüche, Hüft-TEP, Karpaltunnel, Unfälle ...) Chemo-Zyklen: alles, was Ihnen einfällt ...)	Monat / Jahr:	Was ist gemacht worden:

Krankheiten z.B.	Seit: (ca. Jahr/e)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bluthochdruck seit: ▪ Herz - Abklärung wann ▪ Diabetes mellitus seit: ▪ Rheuma, Gicht, grauer/grüner Star, ... ▪ Infektionen (z.B. Hepatitis,...) ▪ Abklärungen aller Art ▪ unbekannte Ursachen: z.B. Ohnmacht oder ... ▪ Depressionen 		

Allgemeinzustand:

kurz erläutern oder ja / nein ...

Schlafprobleme? Schlaf-Apnoe? Schlaftabletten nötig?	
Probleme beim Laufen/Bewegen? Im Zimmer selbstständig, aber weitere Strecken ⇨ Hilfe	
Das Zimmer wird Ihnen noch erklärt. Probleme bei der Orientierung?	
Waschen: Selbst oder Hilfe Anziehen: Selbst oder Hilfe	
Essen: Vollkost, Leichte Vollkost, Diabetes, andere Diäten. Allergien/Abneigungen, kein Schwein/Rind/Fisch; möchten Sie abnehmen? Trinken: wie viel Flüssigkeit (Tee, Kaffee, Saft, Wasser, Suppe ...) trinken Sie ungefähr tägl.: Alkohol, wie viel täglich:	
Stuhlgang normal, 1 x tgl. oder...? Wasserlassen? Vermehrt nachts?, Probleme? Erbrechen, Übelkeit ... wann?	
Haut: Probleme, Ekzeme, Allergien, trocken, häufiges Schwitzen, Sensibilitäts-Störungen, ...	
Atemnot, Asthma (Sprays?) Raucher?	Zigaretten: / Tag
Mutter-Sprache, oder alternativ englisch?: Wortfindungsstörungen:	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Brille:	Fern:	Lese:	Gleitsicht:		
Kontaktlinsen:			Glasauge:	Rechts	Links
Zahnprothese:	Oben:	Unten:			
Schwerhörig:	Rechts:	Links:			
Hörgerät:	Rechts:	Links:			
Gehilfe (z.B. Gehstock, Rollator, Rollstuhl, Prothesen):					
Herz-Schrittmacher:			Port-Katheter:		
Anus praeter:					
Größe:	, Meter	Gewicht:	, Kg	Bitte auf unsere Waage stellen. Danke	