KLINIKEN
BAD NEUENAHR GmbH & Co. KG

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um Ihren Aufenthalt und die spezifische Therapie in unseren orthopädischen Fachkliniken bereits im Vorfeld bestmöglich vorzubereiten, benötigen wir einige wichtige Informationen. Bitte lesen Sie die folgenden Fragen gründlich durch. Ihre Antworten helfen uns alle besonderen Notwendigkeiten zu berücksichtigen. Sollten evtl. Unklarheiten bezüglich einer Antwort bestehen, sprechen Sie bitte ggf. mit Ihrem behandelnden Arzt.

Nehmen Sie aktuell bereits Medikamente ein, die nicht im Zusammenhang mit dem Aufnahmegrund in unseren Kliniken stehen, bringen Sie diese bitte unbedingt in ausreichender Anzahl mit. Bitte setzen Sie sich ggf. frühzeitig mit Ihrem Haus- oder Facharzt in Verbindung, damit keine Versorgungsengpässe entstehen. Danke!

Pat. Nr.: Fall-Nr.

Name: Vorname: Geb:

Straße: Ort:

Diagnosen (Operation / eventuelle Komplikationen)

_____

_____

_____

Andere Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Zuckererkrankung, Herzerkrankung, Nervenkrankheit, etc.)

_____

_____

_____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Dosierung, Menge)?

_____

_____

_____

_____

_____

Sind regelmäßige Verbandwechsel erforderlich (wenn ja, an welchen Körperteilen, wie oft, besonderes Verbandmaterial)?

_____

_____

Benutzen Sie im Alltag regelmäßig orthopädische Hilfsmittel (Gehstöcke, Rollstuhl, Gehwagen, Gelenkschienen)?

_____

_____

© Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG – 2016

KLINIKEN
BAD NEUENAHR GmbH & Co. KG

Benutzen Sie andere Hilfsmittel oder Medizinprodukte (z. B. Schlafapnoegerät, Sauerstoffversorgung, Insulinpen, usw.)?

_____

_____

Benötigen Sie voraussichtlich / derzeitig noch Hilfe bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten (z. B. Anziehen der Kleidung, Waschen, übliche Körperpflege)?

_____

_____

Besteht Stuhlschwäche? ☐ ja / ☐ nein **oder Harnschwäche? ☐ ja / ☐ nein**

Bitte nennen Sie uns den Namen, die Adresse und ggf. die Telefonnummer Ihres Hausarztes / Facharztes, insbesondere bei Dauermedikation

_____

_____

_____

Orthopäden

_____

_____

_____

nächsten Angehörigen

_____

_____

_____

Bei welcher gesetzlichen oder privaten Krankenkasse sind Sie versichert?

_____

_____

_____

Für die Richtigkeit der Angaben:

_____ _____

Ort / Datum: Unterschrift Patient/in

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Das Ausfüllen dieses Fragebogens erleichtert uns die Arbeit, unser Pflege- und Therapeutenteam bestmöglich auf Ihre besonderen Bedürfnisse abzustimmen. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen und erfolgreichen Aufenthalt in unseren orthopädischen Fachkliniken!

© Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG – 2016