

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

		Bitte ausfüllen oder ankreuzen	
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?		ja	nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen	zu hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	epileptiforme Anfälle / Krämpfe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	Ekzeme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Überempfindlichkeit gegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis B oder C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	AIDS, HIV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?			
Weitere Angaben:			
Sind oder waren Sie drogenabhängig?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie frisch operiert?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?.....)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift Patient/Versicherter

AUFNAHMEBOGEN

- Vertraulichkeit ist gewährleistet ! -

Bei Neuaufnahme: Bitte alles ausfüllen !

Bei Wiederholtermin nur: Welche Ihrer Daten oder Wünsche sind neu ?

Ihre Daten ?

Name _____ Versicherter / Patient

Vorname _____ Versicherter / Patient

Geb.-Datum _____ Versicherter / Patient

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. (tagsüber/beruflich) / (abends/privat) _____

Mobilruf-Nr. _____

eMail-Adresse _____

Krankenversicherung / Beihilfe _____

Beruf des Patienten _____ / Hausarzt

Ihre Wünsche ?

**Ich interessiere mich auch für folgende Leistungen
(einfach auswählen durch ankreuzen):**

ja nein

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gesichtsverjüngung
(Falten, Straffere Haut, Lippenform) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Augenlider, Ohren (Formung) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nase (Formung) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Brust (Vergrößerung, Verkleinerung,
Straffung) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Körperform (Bauch, Oberarme,
Oberschenkel) |

Sonstiges: _____

Korrespondenz bevorzugt per e-mail Brief

Herzlich Willkommen !

Liebe Patientin, lieber Patient,

wie haben Sie zu uns gefunden ?

Empfehlung von:

Information von:

Überweisung von:

Was können wir heute für Sie tun ?

Forum Klinik - Ihre beiden Fachärzte für Ihren dauerhaft natürlich schönen Auftritt

-bitte vor Unterschrift um vollständige Angabe Ihrer ggf. vorhandenen Erkrankungen auf der Rückseite-

Patienteninformation über multiresistente Erreger (MRE)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, diese Informationen zu lesen und den Erhebungsbogen auszufüllen, nur wenn eine Operation durchgeführt werden soll.

Das Auftreten von Keimen mit hoher Resistenz gegenüber Antibiotika stellt für Krankenhäuser ein zunehmendes Problem dar. Die meisten dieser Bakterien trägt der Patient schon in sich, wenn er das Krankenhaus betritt. Da diese Keime in aller Regel keine Beschwerden verursachen und der betroffene Patient selbst von dieser Besiedlung meist keine Kenntnis hat, kann es unter ungünstigen Umständen dazu kommen, dass solche Bakterien an andere Patienten oder an das betreuende medizinische Personal weitergegeben werden. Um dieses Risiko so klein wie möglich zu halten, führen wir bei ausgewählten Patienten mikrobiologische Untersuchungen durch.

Am bekanntesten ist dabei sicherlich der MRSA-Keim. Eine Untersuchung auf dieses Bakterium (Abstrich aus Rachen und Nase) wird bei den Patienten vorgenommen, die bestimmte Risikofaktoren haben.

Wir wollen verhindern, dass sich solche Bakterien zum Nachteil unserer Patienten in unserem Krankenhaus ausbreiten und bitten Sie dabei um Unterstützung.

Bitte beantworten Sie die nachfolgend gestellten Fragen. Dies hilft uns, das bei Ihnen eventuell vorliegende Risiko abzuschätzen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nr.	Frage	Ja	Nein
1.	Wissen Sie, ob bei Ihnen schon einmal ein MRSA oder ein anderer Problemkeim nachgewiesen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wurden Sie in den vergangenen 6 Monaten im Ausland in einer medizinischen Einrichtung behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie einen stationären Krankenhausaufenthalt (länger als 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben oder hatten Sie (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wissen Sie, ob Sie schon einmal Kontakt zu Menschen mit MRSA oder anderen Problemkeimen hatten (privat oder im Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Sind Sie dauerhaft pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wurden Sie in den zurückliegenden 6 Monaten mit Antibiotika behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie liegende Zugänge oder Ableitungen (z. B. Harnblasenkatheter, Drainage, Tracheostoma, Ernährungssonde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Besteht bei Ihnen eine Dialysepflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Haben Sie eine chronische Wunde oder Hautentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift: _____

Nur vom Arzt auszufüllen!

	Screening erforderlich	
	Screening nicht erforderlich	

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Ärzte oder das Betreuungsteam der Forum Klinik.