



**Liebe Patientin,**

zur Vorbereitung der geplanten Operation benötigen wir noch einige Angaben zu Ihrer Krankengeschichte. So können Operateur und Narkosearzt ein besseres Bild vom Krankheitsverlauf und Therapiesgeschehen gewinnen. Und auch in der Pflege möchten wir uns gern optimal vorbereiten, um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten und Ihren Wünschen und Bedürfnissen gerecht zu werden.

Füllen Sie deshalb diesen Fragebogen vollständig aus und schicken ihn zeitnah per Mail, Fax oder Post an [operation@klinikdrhartog.de](mailto:operation@klinikdrhartog.de) zurück. Vielen Dank.

### **Persönliche Angaben**

Ihr Name:

Ihr Vorname:

Ihre Adresse:

Ihr Geburtsdatum:

Unter welcher Handy-Nr. können wir Sie bei Bedarf erreichen?

Unter welcher Mail-Adresse können wir Sie benachrichtigen?

### **Informationen zur Krankengeschichte**

Auf Grund welcher Diagnose hat Ihr Frauenarzt Sie zur Operation an unsere Klinik verwiesen?

Welche Operation ist geplant?

Wie groß sind Sie?

Wie viel wiegen Sie derzeit?

Wurden Sie schon einmal wegen einer gynäkologischen Erkrankung operiert?

Ja

Falls ja, wegen welcher Erkrankung und in welchem Jahr?

Liegen Ihnen von der damaligen Operation noch Berichte vor?

Ja

Nein

Sind bei einer vorherigen Operation schon einmal Komplikationen aufgetreten?

Ja

wenn ja, welche Komplikationen gab es?

Nein

Sind Sie gegen Corona geimpft? Wenn ja, wann?

Erst-Impfung am:

Zweit-Impfung am:

Erste Booster-Impfung am:

Zweite Booster-Impfung am:

Sind Sie an Corona erkrankt?

Wenn ja, wie oft und wann?

Wissen Sie, ob Sie mit MRSA (multiresistenten Keimen) infiziert sind oder sich in der Vergangenheit bereits angesteckt hatten?

Ja

Nein

Weiß nicht

Hatten Sie im Rahmen eines früheren Krankenhausaufenthalts Kontakt zu Patienten, die mit MRSA-/MRGN 3+4-/VRE infiziert waren?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Leiden Sie unter chronischen Wunden, die nicht heilen?

- Ja

Falls ja, in welchen Körperregionen?

- Nein

Trifft einer der folgenden Punkte auf Sie zu? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

- Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten
- Dialysepflicht
- Chronische Pflegebedürftigkeit
- Brandverletzungen
- Dauerhaftes Tragen eines Katheters (z.B. Harnblasendrainage, PEG-Sonde)

Haben Sie beruflich einen direkten Kontakt zu Tieren in einem landwirtschaftlichen Schweinemastbetrieb?

- Ja
- Nein

Waren Sie in innerhalb der letzten 6 Monaten länger als vier Wochen im Ausland?

- Ja

Wenn ja, in welchem Land?

- Nein

Haben Sie sich im letzten halben Jahr für vier Tage oder mehr zu einer stationären Behandlung im Krankenhaus aufgehalten?

Ja

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Nein

Tragen Sie eine Zahnprothese?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Atembeschwerden?

Ja

Falls ja, benötigen Sie Hilfsmittel zur Atmungsunterstützung, welche?

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Falls ja, welche und wie häufig?

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Nein

Benötigen Sie regelmäßig Schmerzmittel?

Ja

Wenn ja, wie häufig nehmen Sie diese Medikamente ein

- Täglich
- Ein bis zweimal in der Woche
- Drei bis viermal im Monat
  
- Nein

### Körperliche Fitness und Wohlbefinden

Bitte tragen Sie eine Zahl von 1 bis 10 ein und teilen uns hiermit mit, wie Sie Ihr Hör-, Seh- und Sprachvermögen einschätzen (von links ‚1=sehr schlecht‘ nach rechts ‚10=sehr gut‘ aufsteigend):



Hörvermögen *links*:

Hörvermögen *rechts*:

Sehvermögen *links*:

Sehvermögen *rechts*:

Sprachvermögen:

Benötigen Sie eines der folgenden Hilfsmittel im Alltag (Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- Brille
- Hörgerät
- Gehhilfe
- Rollator
- 

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Arthrose, Diabetes, Depression, Schilddrüsenerkrankung, Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankung)

- Ja

Wenn ja, unter welche(r/n)?

1.
2.
3.

Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja

Wenn ja, wogegen?

Nein

Leiden Sie momentan unter einer Hauterkrankung (Ekzem, Dekubitus, Psoriasis)?

Ja

Wenn ja, unter welcher?

Nein

### Häusliche Versorgungssituation

Wie ist/war Ihre häusliche Versorgung VOR dem Krankenhausaufenthalt geregelt?

Ich versorge mich selbstständig

Ich werde durch (pflegende) Angehörige betreut

Ich lebe in einer betreuten Wohnform (Seniorenheim, betreutes Wohnen)

Ich werde durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt

*E-Mail: [operation@klinikdrhartog.de](mailto:operation@klinikdrhartog.de), Tel.: 0521 96432-65*

*Sprechzeiten: Mo., Mi. und Fr. 14:00 Uhr - 16:00 Uhr, Di. 10:30 - 12:30 Uhr und 14:00 - 16:00 Uhr*

Ist Ihre Betreuung und Versorgung für die Zeit NACH dem Krankenhausaufenthalt geregelt?

Ja

Nein

Falls nein, worüber machen Sie sich besonders Sorgen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mithilfe. Wir wünschen Ihnen schon jetzt einen angenehmen Aufenthalt in unserer Klinik und stehen Ihnen bei weiteren Fragen gern zur telefonisch oder per Mail zur Verfügung.

Ihr Team der Klinik Dr. Hartog/Klinik am Park

*E-Mail: [operation@klinikdrhartog.de](mailto:operation@klinikdrhartog.de), Tel.: 0521 96432-65*

*Sprechzeiten: Mo., Mi. und Fr. 14:00 Uhr - 16:00 Uhr, Di. 10:30 - 12:30 Uhr und 14:00 – 16:00 Uhr*