

Checkliste für das Patientenmanagement Urologie

Versichertendaten

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

☐ private Zusatzversicherung ☐ Privatpatient

☐ Befreiung von Zuzahlungen

Hausarzt _____

Facharzt _____

☐ Einbettzimmer ☐ 2 Bettzimmer ☐ Patientenhaus – Flyer ausgegeben

Pförtnersperre ☐ ja ☐ nein ☐ Angehörige möchten vom Operateur angerufen werden

(grünes Formular)

Telefonnummer /Mobilfunknummer: _____

Angehörige (Name/Erreichbarkeit/Verwandtschaftsgrad) _____

Dolmetscher notwendig ☐ ja bestellt ☐ ja Sprache: _____

Patientenverfügung vorhanden ☐ ja ☐ nein ☐ wird nachgereicht

Betreuer (Name/Erreichbarkeit): _____

Versorgung durch ☐ Pflegeheim (Name)

☐ ambulanten Pflegedienst (Name)

Prästationäre Aufnahme am: _____

Geplanter OP Termin: _____

Stationäre Aufnahme: _____ Station: ☐ 28-2 ☐ 28-3

☐ Fremdbilder vorhanden; welche: _____

Röntgenpass ☐ ja ☐ nein

Archivanforderung: ☐ alte Krankenakte ☐ Röntgenbilder ☐ CT ☐ Vorbefunde

Patient neu ☐

Allergien: _____ ☐ Allergiepass liegt vor

Infektiöse Erkrankungen: _____

Besonderheiten

☐ Schrittmacher-Defibrillator

☐ Schrittmacher-Ambulanz Termin: _____

☐ Dialysepflichtig

☐ nächster Dialysetermin: _____

☐ Heparinfrei

Größe _____ Gewicht: _____

Urinableitungen: ☐ DK ☐ Cystofix ☐ PCN re/li ☐ DJ re/li ☐ Sonstige:

Gelegt am:

Urinstix durchgeführt am: _____ Kultur versendet am: _____

Medikamenteneinnahme: ☐ Metformin ☐ Acethylsalicylsäure Pause seit: _____
☐ Sonstige Medikamente mit Einfluss auf die Gerinnung: _____

Medikamente/Insulin:	Dosierung	Einnahmezeit

Arzt/Handzeichen

Ultraschall: ☐ Blase ☐ RU ☐ Niere re/li ☐ Prostata ☐ TRUS ☐ Sonstige:

Blutentnahme erfolgt: ☐ ja ☐ nein
Kreuzprobe: ☐ ja ☐ nein
PSA ☐ ja ☐ nein
 EK`s bestellt (*Anzahl*): _____

Voruntersuchungen	Patientenmanagement	
	Anmeldung erfolgt	Termin am
<input type="checkbox"/> EKG		
<input type="checkbox"/> Röntgen Thorax		
<input type="checkbox"/> Urologisches Röntgen		
<input type="checkbox"/> CT (Lokalisation):		
<input type="checkbox"/> NMR (Lokalisation):		
<input type="checkbox"/> Szinti (Lokalisation):		
<input type="checkbox"/> Uroflow/Restharn		
<input type="checkbox"/> Urodynamik		
<input type="checkbox"/> Internistisch/nephrolog. Konsil		
<input type="checkbox"/> Kardiologisches Konsil		
<input type="checkbox"/> Angiologie		
<input type="checkbox"/> Gerinnungsambulanz		
<input type="checkbox"/> Risikoambulanz		

Arzt

PM

Patientenmanagement / Stationssekretärin

Voruntersuchungen	Patientenmanagement	
	Anmeldung erfolgt	Termin am
<input type="checkbox"/> Schmerzambulanz		
<input type="checkbox"/> Narkosearzt		
<input type="checkbox"/>		

- ☐ Patienteninformationsblatt ausgehändigt und besprochen
☐ Information zum geplanten Entlassungstermin/VD:
☐ Vormerkung im Patientenhaus erfolgt

Sonstige Besonderheiten:

Lezter Check:

HZ Patientenmanagement	HZ Stationssekretärin

<input type="checkbox"/> Aufklärung Arzt/Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Notwendige Voruntersuchungen erfolgt, vom Arzt abgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laborparameter ausgedruckt, vom Arzt abgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medikamentenpause eingehalten von Metformin/Acethylsalicylsäure...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kreuzblut und Ery'konzentrate verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medikationsänderung erfolgt (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vorbefunde/Akten/Bildgebung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prämedikation durch Anästhesist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Planaufnahme in SAP angelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> grünes Formular mit Tel-Nr. liegt ausgefüllt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OP Leitfachen hat Patient erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rezept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzinformation bei Chemopatienten:

<input type="checkbox"/> Chemotherapie Gefaxt am: Anforderung versendet am:	Bestellt zum:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Voruntersuchung angemeldet / gefaxt <input type="checkbox"/> Vom Arzt abgezeichnet	Termin am:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Durchführungsplan / Einverständniserklärung ausgedruckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akte / Unterlagern liegen der Station vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Checkliste Station

HZ Pflegekraft Station

<input type="checkbox"/> Durchführungsplan / Einverständniserklärung ausgedruckt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akte / Unterlagen liegen der Station vor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patient „einchecken“ (Räumlichkeit/Telefon/Handy/Bedienelemente Fernseher/ Schrankschlüssel/über OP zeit und weiteres Procedere informieren)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patient ist nüchtern	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prüfen, ob Medikamentenpause Eingehalten ist (Metformin, Insulin...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme geprüft (Prämedikation...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Labor vollständig; Voruntersuchungen Liegen vor; Konkrementröhrchen gerichtet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OP Hemd; Slip; AT Strümpfe bereitgelegt (ggf. Hilfe beim Anziehen)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothesen, Nagellack, Kunstnägel entfernt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schmuck, Uhr, Piercings abgelegt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blase entleert, Körperhygiene Intimbereich/OP Gebiet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vitalzeichenkontrolle erfolgt (RR, P, T, BZ...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patient in SAP von PLAN auf IST gesetzt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OP Leitfaden für den Eingriff liegt vor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grünes Formular mit Tel.-Nr. liegt vor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegeanamnese

Assessmentinstrumente erheben (Sturz, Dekubitus...)

Essenswünsche aufnehmen und bestellen

Schmerzkontrolle