

Checkliste Urologische Klinik - stationäre Patienten

Versichertendaten

 Geschlecht: w m

 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)

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: _____

Medikamenteneinnahme: Metformin Acetylsalicylsäure Pause seit: _____

 Sonstige Medikamente mit Einfluss auf die Gerinnung: _____

Medikamente/Insulin:	Dosierung	Einnahmezeit	HZ Aufnahmearzt

 Blutentnahme erfolgt: ja nein

 Kreuzprobe: ja nein EK's bestellt (Anzahl): _____

 PSA ja nein

 Patient war beim Aufnahmearzt: ja nein