

## 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 ☐ Acethylsalicylsäure 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