

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen im Krankenhaus Land Hadeln!

Für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Beratung und Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus.

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name des Versicherten (falls dieser abweicht)

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße/Hausnummer

Beruf

E-Mail

Telefon

Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen

Hat der Patient noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten notwendig!

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Versicherungsdaten

gesetzlich versichert

privat versichert

Beihilfe ____ %

nicht versichert

Name/Sitz der Krankenkasse

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausbehandlungen? ja nein

Wünschen Sie folgende **kostenpflichtige Zusatzleistung**?

Einbettzimmer (74,55€/Tag) Zweibettzimmer (33,10€/Tag) Wahlleistung Chefarztbehandlung

Ärztliche Mitbehandlung

Hausarzt (Name und Anschrift)

Fachärzte, bei denen Sie zurzeit in Behandlung sind (Name und Anschrift)

Welche Operationen sind bei Ihnen bis jetzt durchgeführt worden? bitte zutreffendes ankreuzen

künstl. Gelenkersatz Wirbelsäulenoperationen Bauchoperationen andere Operationen

Wenn ja, Monat/Jahr und in welchem Krankenhaus

Pflege / Betreuung

Haben Sie ein Pflegegrad? ja _____ Pflegegrad nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ja nein

wenn ja, Name und Telefonnummer (Kopie der Vollmacht/der Verfügung beifügen)

Gesundheitszustand

Alter

Größe/cm

Gewicht/kg

Sind Sie schwanger? ja welche Woche? _____ nein

Rauchen Sie? ja wieviel am Tag? _____ nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja wieviel? _____ nein

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/>	Schlafapnoe <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Arthrose <input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/>	HIV/Hepatitis <input type="checkbox"/>
Schlaganfall <input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Gicht <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßerkrankung <input type="checkbox"/>	Parkinson Syndrom <input type="checkbox"/>	Asthma/COPD <input type="checkbox"/>
Thrombose <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen <input type="checkbox"/>	andere Erkrankungen <input type="checkbox"/>	Erbkrankheiten <input type="checkbox"/>

Wenn Sie ein Kästchen angekreuzt haben, machen Sie bitte nähere Angaben dazu z.B. nähere Bezeichnung, seit wann?

Besteht eine Blutungsneigung/Gerinnungsstörung? ja nein

Besteht eine Wundheilungsstörung? ja nein

wenn ja, bitte nähere Angaben

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Stent, künstliche Herzklappen? ja nein

wenn ja, seit wann? Wann war die letzte Kontrolle?

Bestehen zurzeit eine akute oder chronische Infektion (Entzündungen)? ja nein
z.B. an Zähnen/Haut (offene Stellen)

wenn ja, bitte nähere Angaben dazu

Allergie/Unverträglichkeiten

Haben Sie eine Latex-, Nickel- bzw. Metallallergie? ja nein
Haben Sie andere Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

wenn ja, bitte nähere Angaben

Medikamente

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel (z.B. ASS, Xarelto, Eliquis, Marcumar, Clopidogrel)? ja nein

wenn ja, bitte angeben

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Medikament Art	Tabletten, Tropfen	Dosierung	Zeitraum

Medikamentenplan in Kopie bitte beifügen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Bitte informieren Sie uns während des Behandlungszeitraumes umgehend über Veränderungen zu Ihrem Gesundheitszustand sowie über Veränderung der Versicherungs-/Adressdaten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/Facharzt einen Arztbrief erhält. ja nein

Haben Sie noch Fragen? Sprechen Sie uns an!

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)