

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bedanken uns für Ihr Interesse an einem Krankenhausaufenthalt in unserer Fachabteilung Orthopädie, Schmerztherapie und Osteologie. Per Gesetz sind wir verpflichtet, jede Aufnahme nach §39 SGB V zu überprüfen.

Um das Clearingverfahren zu verkürzen und Ihnen schnellstmöglichst einen Aufnahmetermin anbieten zu können, haben Sie über diesen Link die Möglichkeit, den Selbstauskunftsbogen herunterzuladen und auszufüllen. Wir benötigen für unser Clearingverfahren neben der Angabe der rezeptierten Therapien der letzten drei Monate auch die Angabe über Ihre in Eigenregie durchgeführte Therapien. Um Ihnen eine adäquate Krankenhausversorgung zukommen zu lassen benötigen wir zusätzlich eine Auskunft über Ihre Hilfsmittel und gegebenenfalls Hilfebedarf bei der Grundkörperpflege.

Bitte senden Sie uns neben dem Selbstauskunftsbogen Ihre Vorbefunde aller Fachabteilungen (Kardiologie, Pneumologie, Hausarzt, Krankenhausberichte, Psychiater etc.) der letzten zwei Jahre sowie, falls ein Pflegegrad vorhanden ist, das Pflegegutachten zu. Diese Unterlagen sind zum Abschluss des Prüfverfahrens zwingend erforderlich.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung: 02621/915 385.

Unsere Clearingstelle der Orthopädie ist Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag in der Zeit von 09:00 Uhr bis 11:00 Uhr und Dienstag von 13:00 bis 15:00 Uhr erreichbar.

Gerne dürfen Sie uns neben dem Postweg Ihre Unterlagen auch per E-Mail zukommen lassen:

clearing-orthopaedie@klinik-lahnhoehe.de

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und freuen uns, Sie bald als Patient/Patientin im Medizinischen Zentrum Lahnhöhe begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Clearingstelle Orthopädie

Fachärztin für Orthopädie,
 Manuelle Medizin,
 Physiotherapie, Osteologie DVO,
 Röntgendiagnostik fachgebunden -Skelett-,
 Kinder-Orthopädie
 Akupunktur
 Spez. Schmerztherapie,
 Psychosomatische Grundversorgung

Dr. med. J. Jacoby
 Fachärztin für Chirurgie, Orthopädie
 und Unfallchirurgie,
 Manuelle Medizin,
 Sozialmedizin,
 Naturheilverfahren,
 Röntgendiagnostik fachgebunden – Skelett -,
 Fachkunde Rettungsdienst,
 Psychosomatische Grundversorgung

OberärztInnen:
 Dr. med. F. Spahrkäs
 Facharzt für Phys.- und Reha.-Medizin, Spez.
 Schmerztherapie, Sportmedizin, Manuelle
 Medizin, Osteologie DVO, Röntgendiagnostik
 fachgebunden -Skelett-

Dr. med. D. Ernhöfer
 Fachärztin für Chirurgie,
 Phlebologie, Spez. Schmerztherapie,
 Osteologie DVO, Manuelle Medizin,
 Fachkunde Geriatrie,
 Ärztliches Qualitätsmanagement
 Phys. Therapie und Balneologie

M. Al-Jabali
 Facharzt für Neurochirurgie, Intensivmedizin

Hausadresse:
 Am Kurpark 1
 56112 Lahnstein

Tel. 0 26 21-915-0

Postfachadresse:
 Postfach 21 94 56107
 Lahnstein

Stationäre Aufnahme:
 Tel. 0 26 21-915-524
 Fax 0 26 21-915-141

Chefsekretariat:
 Tel. 0 26 21-915 568
 Fax 0 26 21-915-576

Ambulanz:
 Tel. 0 26 21-915-523
 Fax 0 26 21-915-576

info@lahnhoehe-orthopaedie.de
 www.lahnhoehe.de

Rechtsträger:
 Klinik Lahnhöhe
 Krankenhausges. mbH & Co. KG
 Sitz Lahnstein HRA Koblenz 2563
 Persönlich haftende
 Gesellschafterin:
 Klinik Lahnhöhe

Geschäftsführer:
 Herr Adrian Thiel

Bankverbindung:
 Deutsche Bank Koblenz
 Konto Nr. 159 038 00
 BLZ 570 700 45
 BIC Code: DEUTDE5M570
 IBAN: DE70 5707 0045 0015 9038 00

ANOACERT

Zertifiziert als orthopädische Schmerzklinik
 nach Kriterien der IGOST e.V.



Arbeitsgemeinschaft nicht operativer
ANOAC
 orthopädischer manuelltherapeutischer Ärzte e.V.

Schwerpunktzentrum
OSTEOLOGIE

Selbstauskunftsbogen

Name:

Vorname:

Geb.:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Adresse:

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

Email: _____

Hatten Sie ärztliche Vorbehandlungen in den letzten 12 Monaten bei:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Hausarzt | ☐ Orthopäde | ☐ Phys.- und Reha.-Medizin | ☐ Chirurg |
| ☐ Neurologe | ☐ Schmerztherapeut | ☐ Internist | ☐ Kardiologe |
| ☐ Neurochirurg | ☐ Wirbelsäulenchir. | ☐ Rheumatologe | ☐ Psychiater/Psychologe |
| ☐ sonstige Fachrichtung, welche: _____ | | | |

Bitte geben Sie hier entsprechende Arztadressen an: _____

Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Schmerzstärke ein auf der Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster Schmerz)?

☺ 0 |-----|-----| 10 ☹ 0
5

Beschreiben Sie Ihre Beeinträchtigung durch den Schmerz und die Schmerzausbreitung.

Wie schätzen Sie Ihre Schmerzstärke bei Belastung/Bewegung ein auf der Schmerzskala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster Schmerz)?

☺ 0 |-----|-----| 10 ☹ 0
5

Welche Vorbehandlungen wurden Ihnen über Rezepte verordnet in den **letzten 3 Monaten**?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Krankengymnastik/Physiotherapie | ☐ Manuelle Therapie | ☐ Elektrotherapie |
| ☐ Wärmeanwendungen | ☐ Bewegungsbad | ☐ Ergotherapie |
| ☐ Reha-Sport | ☐ IRENA / MERENA | |

(Sollten Ihnen Nachweise der Verordnungen vorliegen, schicken Sie diese bitte in Kopie mit)

Haben Sie Infusionen oder Spritzen zur Schmerzbehandlung erhalten in den **letzten 3 Monaten**?

☐ Nein

- ☐ Ja:
- | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| ☐ Infusionen | ☐ Gelenkspritzen | ☐ Quaddeln | ☐ Wirbelsäulenspritzen |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---|

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** -Schmerzmedikamente- eingenommen und/oder Salben, Tinkturen oder Umschläge benutzt?

☐ Nein

☐ Ja: _____
welche Schmerzmedikamente?

Bitte senden Sie uns einen aktuellen Medikamentenplan inkl. QR-Code zu!

Wurde bei Ihnen ein Medikamentenentzug vorgenommen?

☐ Nein

☐ Ja, wann und welches Medikament? _____

Führten Sie in Eigenleistung bzw. Eigenregie Therapien durch in den **letzten 3 Monaten**?

☐ Nein

☐ Ja: ☐ Eigenübungen ☐ Akupunktur ☐ Osteopathie
☐ Medizinische Trainingstherapie ☐ Sportgruppen ☐ Schröpfen
☐ Stoßwelle ☐ Tens-Gerät ☐ Entspannungsverfahren

Haben oder hatten Sie psychologische oder psychotherapeutische Therapien im Laufe Ihres Lebens?

☐ Nein ☐ Ja, aktuelle Diagnose: _____

in welchem Zeitraum: _____

Aktueller (zuletzt erhobener Befund) Psychologischer Befund unbedingt mitsenden!

Haben Sie einen Pflegegrad?

☐ Nein

☐ Ja: ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5.

Bitte senden Sie uns eine Kopie des kompletten Pflegegutachtens zu!

Haben Sie einen Grad der Behinderung?

☐ Nein

☐ Ja, wieviel: _____ ☐ mit Merkzeichen, welches? _____

Haben Sie eine MdE (von der Berufsgenossenschaft)?

☐ Nein

☐ Ja, durch welche Berufserkrankung? _____

Familienstand:

☐ verheiratet ☐ verwitwet/verwitwert ☐ allein lebend ☐ in Lebenspartnerschaft

Häusliche Versorgung:

Brauchen Sie Hilfe bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten und Verrichtungen (z. B. Einkaufen, Haushalt)?

☐ Nein

☐ Ja, durch wen: ☐ Hilfe durch Angehörige / Freunde ☐ Haushaltshilfe ☐ sonstige Hilfe

Wofür: _____

Benötigen Sie Hilfestellungen bei der Körper-/Behandlungspflege?

☐ Nein

☐ Ja: ☐ An- und Ausziehen ☐ Duschen ☐ Toilettengang ☐ Transfer Bett - Stuhl
☐ Kompressionstrümpfe oder Kompressionsstrumpfhosen anziehen
☐ Essenszubereitung (mundgerechte Zubereitung z. B. Brot schmieren und kleinschneiden oder Fleisch kleinschneiden)

Leiden Sie an Harn- und oder Stuhlinkontinenz

☐ Nein

☐ Ja ☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz

☐ künstlicher Darmausgang, Versorgung mit: _____

Leiden Sie an Auffälligkeiten beim Stuhlgang

☐ Nein

☐ Ja Wenn ja, welche _____

Leiden Sie unter Dekubitus (Druckgeschwüren), Ulcus cruris (Geschwüren an den Unterschenkeln), Abszesse oder offenen Hautstellen

☐ Nein

☐ Ja Lokalisation und Größe _____

Welches Verbandsmaterial nutzen Sie? _____

Benutzen Sie Hilfsmittel?

☐ Nein

☐ Ja: ☐ Stock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Schlafapnoegerät

Sind Sie sauerstoffpflichtig

☐ Nein

☐ ja: ☐ 24 Stunden ☐ stundenweise

(bitte Lieferfirma und Adresse angeben) _____

Bitte tragen Sie Ihre aktuellen Werte ein:

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

In welchem Beruf sind Sie aktuell tätig?

Arbeitsunfähig seit: _____

Grund der Arbeitsunfähigkeit? _____

Sind Sie arbeitslos/arbeitssuchend?

☐ Nein

☐ Ja, seit wann: _____

Wenn Sie berufstätig oder arbeitslos/arbeitssuchend sind:

Rentenversicherungsnummer? _____

Rentenversicherungsträger? _____

Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente?

☐ Nein

☐ Ja, seit wann: _____

Sind Sie deutschsprachig?

☐ Ja

☐ Nein, welche Muttersprache sprechen Sie? _____

Wenn **nein**, bringen Sie bitte am Aufnahmetag einen Dolmetscher mit, der Sie bei der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme unterstützt und mit Ihnen die notwendigen Papiere ausfüllt. Der Dolmetscher sollte an diesem Tag ausreichend Zeit für Sie haben.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Antrag auf stationäre/ambulante Reha (auch geriatrische Reha) beziehungsweise AHB gestellt?

☐ Nein

☐ Ja: ☐ bewilligt Fachabteilung: _____

☐ abgelehnt

Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme beziehungsweise AHB durchgeführt?

☐ Ja: wann _____

aus welchem Grund _____

in welcher Einrichtung _____

☐ Nein ☐ abgelehnt ☐ nie beantragt, warum? _____

Lagen Sie in den letzten 2 Jahren länger als 2 Nächte in einem Krankenhaus?☐ Nein☐ Ja: wann _____

Name des Krankenhauses: _____

Grund des stationären Aufenthaltes: _____

Sind Sie in der Vergangenheit jemals MRSA-positiv getestet worden? ☐ Nein ☐ Ja**Nehmen Sie Medikamente ein die Ihre Blutverdünnung beeinflussen?**☐ Nein☐ Ja, welche: _____**Wichtig:**

Bitte klären Sie mit Ihrem Hausarzt oder Facharzt ab, ob für die Dauer des stationären Aufenthaltes ein Absetzen des blutverdünnenden Medikamentes bzw. eine Umstellung auf ein niedermolekulares Heparin (Bridging) möglich ist, damit die Möglichkeit tiefer schmerztherapeutischer Injektionen besteht. Ein Bridging sollte 2-3 Tage vor dem Aufnahmetermin in unser Krankenhaus erfolgen.

Bitte setzen Sie auf keinen Fall ein blutverdünnendes Medikament ohne ärztliche Rücksprache selbstständig ab. Die Einnahme von ASS 100 kann beibehalten werden.

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja (Menge/Tag): _____**Alkohol?** ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wie viel und welcher Art: _____

Drogenkonsum? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wie viel und welche Substanz: _____

Welche Grunderkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck	Ja ☐ , letzte 24-Stunden-Blutdruck- messung wann? _____	Nein ☐
Diabetes mellitus	Ja ☐	Nein ☐
Herzerkrankung (zum Beispiel Herz- infarkt, Herzinsuffizienz, Herz- schrittmacher)	Ja ☐	Nein ☐
Nierenerkrankung / Dialyse	Ja ☐	Nein ☐
Lungenerkrankung, wenn ja wel- che?	Ja ☐	Nein ☐
Krebsleiden	Ja ☐ , welcher Art? _____ Behandlung abgeschlossen? Ja ☐ Nein ☐	Nein ☐
Nervenerkrankung, z. B. Polyneuro- pathie / unruhige Beine	Ja ☐	Nein ☐
Multiple Sklerose	Ja ☐	Nein ☐
M. Parkinson	Ja ☐	Nein ☐
Demenz / M. Alzheimer	Ja ☐	Nein ☐
Gehörlosigkeit (angeboren)	Ja ☐	Nein ☐
Blindheit	Ja ☐	Nein ☐

Epilepsie	Ja ☐ , letzter Krampfanfall wann? _____	Nein ☐
Post-Covid-Syndrom	Ja ☐	Nein ☐
Adipositas	Ja ☐ BMI? _____	Nein ☐
Darmerkrankung (z. B. Colitis)	Ja ☐ Welche? _____	Nein ☐
Hauterkrankung (z. B. Psoriasis oder Neurodermitis)	Ja ☐ Welche? _____	Nein ☐
Allergien / Unverträglichkeiten	Ja ☐ Welche: _____	Nein ☐
Rheumatologische Erkrankung	Ja ☐ Welches Medikament? _____	Nein ☐
Transplantation	Ja ☐ Welches Organ: _____	Nein ☐
Osteoporose mit und ohne Fraktur	Ja ☐	Nein ☐
Totalendoprothesen (Knie, Hüfte, etc.)	Ja ☐	Nein ☐
Schilddrüsenerkrankung	Ja ☐	Nein ☐

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

☐ Nein

☐ Ja: Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Bitte senden Sie uns eine Kopie der Betreuungsurkunde zu!

Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst versorgt?

☐ Nein

☐ Ja: Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sind in nächster Zeit bei Ihnen Operationen, ärztliche Untersuchungen, CT, MRT oder ähnliches geplant?

☐ Nein

☐ Ja: wann _____ was _____

Befragung zu COVID-19

Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?

☐ Nein

☐ Ja: 1. Impfung am: _____
 2. Impfung am: _____
 3. Impfung am: _____
 4. Impfung am: _____
 5. Impfung am: _____

Waren Sie an COVID-19 erkrankt und sind genesen?

☐ Nein

☐ Ja: wenn ja, wann _____

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem COVID-19-Patienten?

☐ Nein

☐ Ja:

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja wenn ja, welche _____

Datum und Unterschrift

Hilfestellung beim Ausfüllen durch: _____
Name und Beziehung zum Patienten

Sind Sie bereit, innerhalb von zwei Tagen anzureisen? ☐ Ja

☐ Nein

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung

Hiermit entbinde ich,

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

Meine behandelnden Ärzte/Therapeuten bzw. stationären Einrichtungen, in denen ich zuvor behandelt wurde, von der Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst des Krankenhauses Lahnhöhe /Fachabteilung Psychosomatik.

Ferner willige ich ein, dass die Klinik Lahnhöhe, die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten darf. Dazu gehört unter anderem die **Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten** gemäß **Art. 4 Nr. 15 DSGVO** an meinen **weiterbehandelnden Arzt, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste sowie Psychotherapeuten.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung nach *Art. 7 DSGVO* „Bedingungen für die Einwilligung“ erteile und mir das Recht vorbehalte die Einwilligung zu widerrufen

Datum, Unterschrift