

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:

- Selbstauskunftsbogen
- Krankenseinweisung
- Vorbefunde aller Fachabteilungen (Kardiologie, Pneumologie, Hausarzt, Krankenhausberichte, Psychiater etc.) der letzten zwei Jahre
- 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, Donnerstags 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-lahnhoehoe.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

Chefärztinnen:
Dr. med. C. Heine
Fachärztin für Orthopädie,
Manuelle Medizin,
Phys. Therapie, 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:

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

Chefartzsekretariat:

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.lahn-
hoehe-orthopaedie.de

Rechtsträger:

Klinik Lahnhöhe
Krankenhausges. mbH & Co. KG
Sitz Lahnstein, HRA Koblenz 2563
Persönlich haftende Gesellschafterin:
Klinik Lahnhöhe
Krankenhausverwaltungsges. mbH
Sitz: Lahnstein, HRB Koblenz 1523

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



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



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! (max. 4 Wochen alt)

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: _____

Aktuellen (zuletzt erhobener Befund) Psychologischen 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

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: _____

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

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

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

Wir benötigen von Ihnen eine Schweigepflichtentbindung um evtl. fehlende Vorbefunde beim Ihren behandelnden Ärzten/Psychotherapeuten einholen zu können.

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten bzw. stationären Einrichtungen, in denen ich zuvor behandelt wurde, von der Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst des Krankenhauses Lahnhöhe, Fachabteilung Orthopädie und gebe mein Einverständnis zu einer Übermittlung der Befunde per Post/per Fax.

Datum _____

Unterschrift _____