

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-lahnhoeh.de](mailto:clearing-orthopaedie@klinik-lahnhoeh.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,  
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:**

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](mailto:info@lahnhoehe-orthopaedie.de) [www.lahnhoeh-orthopaedie.de](http://www.lahnhoeh-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 Schmerzklinik  
nach Kriterien der IGOST e.V.



# Selbstauskunftsbogen

Name:

Vorname:

Geb.:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Adresse:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Hatten Sie ärztliche Vorbehandlungen in den letzten 12 Monaten bei:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt                             | <input type="checkbox"/> Orthopäde         | <input type="checkbox"/> Phys.- und Reha.-Medizin | <input type="checkbox"/> Chirurg               |
| <input type="checkbox"/> Neurologe                            | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut  | <input type="checkbox"/> Internist                | <input type="checkbox"/> Kardiologe            |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg                         | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchir. | <input type="checkbox"/> Rheumatologe             | <input type="checkbox"/> Psychiater/Psychologe |
| <input type="checkbox"/> 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 ☹  
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 ☹  
5

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik/Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie |
| <input type="checkbox"/> Wärmeanwendungen                | <input type="checkbox"/> Bewegungsbad      | <input type="checkbox"/> Ergotherapie    |
| <input type="checkbox"/> Reha-Sport                      | <input type="checkbox"/> 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

- |                              |   |                                   |   |
|------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja: | <input type="checkbox"/> Infusionen     |                                   |   |
|                              | <input type="checkbox"/> Gelenkspritzen | <input type="checkbox"/> Quaddeln | <input type="checkbox"/> 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 <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 Befunde 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 \_\_\_\_\_