

BEWEGEN OHNE SCHMERZEN

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 Selbstauskunftsformular 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 durchgeführten 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 Selbstauskunftsformular Ihre Vorbefunde aller Fachabteilungen (Kardiologe, Pneumologe, 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

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

Chefarztinnen:

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
56112 Lahnstein 1

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

Chefarztsekretariat:

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@lahnhoeh-orthopaedie.de 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



Selbstauskunftsformular

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 ☺
 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?

- 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 <input type="checkbox"/> letzte 24-Stunden-Blutdruckmessung wann? _____	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (zum Beispiel Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzschrittmacher)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung / Dialyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung, wenn ja welche?	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. Polyneuropathie / 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 _____