

Bitte wenden Sie sich mit dem ersten Teil der Fragen an Ihren Hausarzt oder Zuweiser, falls Sie Hilfe zum Ausfüllen brauchen.

**Die persönlichen Fragen auf der Rückseite sollten von Ihnen selbst ausgefüllt werden!**

## PATIENTENIDENTIFIKATION

Name: \_\_\_\_\_

PID: \_\_\_\_\_

KLINIK 

**Sie sind zur stationären Aufnahme vorgemerkt am** \_\_\_\_\_

nüchtern    nicht nüchtern

**Untersuchungen** (Bitte folgende durchführen lassen und die Befunde zur Aufnahme mitbringen)

Ultraschall    CT    MRT   ( Thorax    Abdomen    Becken    \_\_\_\_\_)

Koloskopie    Gastroskopie    Probeexzision   ( Histo    HP    \_\_\_\_\_)

Lungenröntgen    Lungen FA    Interne FA    \_\_\_\_\_

Labor   \_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden** haben Sie zur Ärztin/zum Arzt geführt ?

\_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen

Operationen (welche, wann?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Herz-Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen \_\_\_\_\_

Bluthochdruck    Zuckerkrankheit

Chronische Infektionen bekannt    Hepatitis (A) (B) (C) (D-F)    CMV    HIV

Andere \_\_\_\_\_

Blutungsneigung \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!**

## Derzeitige Medikation

unter besonderer Berücksichtigung von ASS, Plavix, Clopidogrel, oraler Antikoagulation (z.B. Sintrom, Marcoumar)

Medikament Handelsname	Medikament Generic-Name	Dosierung	Gabe (z.B. 1/1/1)

### Bitte noch folgendes persönlich ausfüllen:

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg      Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Gewichtsverlauf in den letzten 3 Monaten minus \_\_\_\_\_ kg / plus \_\_\_\_\_ kg

Alkohol \_\_\_\_\_       Nikotin \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Zuweiser? \_\_\_\_\_

Wer soll einen Arztbrief Ihres stationären Aufenthaltes bekommen?

Hausarzt    Zuweiser    Sie selbst    weitere Ärzte \_\_\_\_\_

Welchen Personen dürfen wir Auskunft über Ihre Erkrankung geben? \_\_\_\_\_

Möchten Sie noch etwas erwähnen? \_\_\_\_\_

**Besten Dank! Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit und werden Ihrer Krankengeschichte beigelegt.**

Salzburg, am \_\_\_\_\_

Aufnehmende(r) Ärztin/Arzt

Patientin/Patient