

**AUFNAHMEBOGEN HAUTKLINIK**

Sehr geehrte/r Patient/in,  
 der hier vorliegende Bogen beinhaltet für uns wichtige Informationen, die sowohl für die Pflegekräfte auf Station als auch für andere an Ihrer Behandlung beteiligten Berufsgruppen wichtig sind.  
 Wir bitten Sie, diesen Aufnahmebogen auszufüllen und ihn auf Station bei Ihrer Aufnahme abzugeben. Auskünfte, bei denen Sie "ja" oder "Sonstiges" angeben, werden im persönlichen Aufnahmegespräch mit der Pflegekraft näher vertieft.

*Bei Medikamenteneinnahme:* Bitte gesonderten Medikamentenplan ausfüllen oder einen Ausdruck Ihres aktuellen Medikamentenplans vom Hausarzt abgeben. **Wir bitten Sie, Ihre eigenen Medikamente für die ersten Tage Ihres Aufenthalts in der Klinik mitzubringen** - inklusive pflanzlicher bzw. homöopathischer Medikamente.

Vielen Dank! Ihr Pflegeteam

**Allgemeine Daten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wenn Sie in der Klinik sind, unter welcher Telefonnummer erreichen wir Ihre Angehörigen?

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

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Wohnsituation:

lebe alleine  lebe mit Partner/Familie zusammen Familienstand: \_\_\_\_\_

betreutes Wohnen  Pflegeheim  Pflegedienst Telefonnummer + Adresse: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung verfasst?  ja  nein  wurde bereits abgegeben

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht verfasst?  ja  nein  wurde bereits abgegeben

Schwerbehindertenausweis?  ja, zu \_\_\_\_\_ %  nein Pflegegrad?  ja, Grad \_\_\_\_\_  nein

**Allergien und wichtige Erkrankungen:**

nicht bekannt

Allergien auf z. B. Medikamente, Kontrastmittel, Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

	ja	nein		ja	nein
Zuckerkrankheit diätetisch			Bluthochdruck		
Zuckerkrankheit m. Tabletten			Herzschrittmacher		
Zuckerkrankheit mit Insulin			Demenz mit Weglauftendenz		
Blutverdünner Name: _____			Demenz ohne Weglauftendenz		
Sturzgefahr			Port		

**Schmerzen:**

Haben Sie Schmerzen?  nein  ja, wo: \_\_\_\_\_

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 – 10:

**Keine = 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 = stärkste Schmerzen**

In Ruhe: \_\_\_\_\_ Bei Bewegung: \_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN →

**Brauchen Sie Hilfe bei:**

	ja	nein
waschen		
duschen		
anmelden		
Toilettengang		

	ja	nein
Fortbewegung		
aufstehen		
sitzen		
Nahrungsaufnahme		

Haben Sie Urinprobleme?  ja, wegen / bei: \_\_\_\_\_  nein

Haben Sie einen Urinkatheter?  ja  durch die Harnröhre  durch die Bauchdecke  nein

Haben Sie Stuhlgangprobleme?  ja, wegen / bei: \_\_\_\_\_  nein

**Ernährung:**

Kostform

Vollkost  vegetarisch  vegan  glutenfrei  laktosefrei  kein Schweinefleisch  Sonstiges:

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Abneigungen: \_\_\_\_\_

Ich trinke täglich etwa \_\_\_\_\_ Liter Flüssigkeit pro Tag.

**Benötigte Hilfsmittel:**

	ja	nein	dabei?
Brille			
Lesebrille			
Hörgerät(e)			
Zahnprothese oben			
Zahnprothese unten			
Gehstock			
Rollator			

	ja	nein	dabei?
Rollstuhl			
WC-Stuhl			
Urinflasche			
Inkontinenzeinlage			
Windelhose			
Sonstige Prothesen			
cPAP-Gerät (Schlaf)			

**Atmung:**

Beeinträchtigte Atmung  ja, wegen / bei: \_\_\_\_\_

nein

**Resistente Keime:**

	ja	nein
Ist bei Ihnen ein VRE in der Vorgeschichte bekannt?		
Ist bei Ihnen ein 4MRGN in der Vorgeschichte bekannt?		
Ist bei Ihnen ein MRSA in der Vorgeschichte bekannt?		
Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 3 Tage stationär im Krankenhaus?		
Leben Sie in einer Altenpflegeeinrichtung?		
Sind Sie Dialysepatient?		
Haben Sie eine chronische Wunde?		
Haben Sie <b>beruflichen</b> Tierkontakt in der Landwirtschaft?		
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zum Gesundheitssystem im Ausland?		
Sind bei Ihnen sonstige Infektionskrankheiten bekannt?		
Wenn ja, welche? _____		

Besonderheiten, sonstige Erkrankungen, welche Sie uns noch mitteilen möchten:

---



---