

**Kreiskrankenhaus
Grünstadt**

Patientenmappe

Behandlung und Terminvergabe von ambulanten und stationären Operationen im Kreiskrankenhaus Grünstadt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden im Kreiskrankenhaus Grünstadt operiert. Die nachfolgenden Informationen geben Ihnen einen Überblick über die Behandlungsabläufe.

1. Terminvergabe Ihrer Voruntersuchung:

Die Voruntersuchung findet im Kreiskrankenhaus Grünstadt 1 bis 7 Tage vor Ihrer geplanten Operation in der Zentralen Patientenaufnahme (ZPA) statt. Das Zentrale Belegungsmanagement (ZBM) wird sich bei Ihnen zwecks Terminvereinbarung für die Voruntersuchung melden. Bei Fragen können Sie das ZBM unter folgender Telefonnummer erreichen: **06359 809 101**

Sollten Sie bis circa 2 Wochen vor Ihrem geplanten Operationstermin (siehe Punkt 3) keinen Voruntersuchungstermin mit dem ZBM vereinbart haben, rufen Sie bitte unter der oben genannten Telefonnummer an. Bei kurzfristigen Operationsterminen kann die Kontaktaufnahme durch das ZBM auch mit einer kürzeren Vorlaufzeit zum Operationstermin erfolgen.

Wichtig: Sie dürfen vor dieser Untersuchung frühstücken!

An diesem Tag vor der Operation finden die Aufklärungsgespräche beim Chirurgen sowie Anästhesisten (Narkosearzt) statt. Außerdem werden Untersuchungen wie Blutabnahme, das Messen von Blutdruck, Puls, EKG, ggf. Röntgen der Lunge durchgeführt.

Bitte planen Sie den Vormittag für diese Untersuchungen ein!

2. Mitzubringende Unterlagen:

- Stationäre Ein- bzw. Überweisung
- Aufklärungsbogen des jeweiligen Operateurs, wenn vorhanden
- Anästhesieaufklärungsbogen (ausgefüllt / nicht unterschrieben)
- Ausgehändigte Unterlagen, die für die OP nötig sind (z. B. Röntgenbilder etc.)
- Medikamentenpläne, Allergie- bzw. Implantatausweise
- Patientenverfügung, wenn vorhanden
- Krankenkassenkarte / ggf. Karte der privaten Krankenversicherung

3. Operation:

Ihr vereinbarter Operationstermin: _____

Wichtig: Am Tag der Operation müssen Sie nüchtern sein!

Die Operation wird von Ärzten des Kreiskrankenhauses Grünstadt durchgeführt. Benötigte Eigenmedikamente bringen Sie bitte am OP-Tag mit.

Das Kreiskrankenhaus Grünstadt ist bei Hüft- und Knieendoprothetischen Operationen als EndoProthetikZentrum (EPZ) zertifiziert. Hauptoperateur im EPZ Grünstadt sind der Oberarzt der Abteilung Chirurgie Martin Gassauer und Prof. Dr. Rudi Bitsch. Weitere Operateure konnten aufgrund der Zertifizierungsbestimmungen nicht als Hauptoperateur in das EPZ eingebunden werden. Alle Patienten, die nicht von einem der beiden o.g. Hauptoperateure operiert werden, werden außerhalb des EPZs, jedoch selbstverständlich nach den gleichen Behandlungsstandards, versorgt.

4. Was benötigen Sie im Krankenhaus:

- Waschtasche mit Ihren persönlichen Pflegeutensilien
- Handtücher und Waschlappen
- Morgenmantel / Bademantel, bequeme Kleidung
- Hausschuhe bzw. festes Schuhwerk je nach Operation
- falls vorhanden einen Kopfhörer für den Fernseher im Patientenzimmer

Bitte bringen Sie keine Wertgegenstände oder größere Geldbeträge mit!



Pflegeanamnese (Selbstauskunft)

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, wir bitten Sie, den pflegerischen Fragebogen zu Hause zu lesen und ausgefüllt am Tag der Narkoseaufklärung mitzubringen. Je ausführlicher Sie den Bogen ausfüllen, desto individueller können unsere Schwestern und Pfleger Ihre Pflege planen. Fragen zum Bogen beantwortet Ihnen die Mitarbeiterin der Zentralen Patientenaufnahme gerne.

(Patientenetikett)

Telefonnummer und Name Ihrer Angehörigen / Vertrauenspersonen: _____

Arbeitsunfall: nein ja

Benötigen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung?
 nein ja

Allergien: nicht bekannt ja, siehe Allergieausweis
Allergie-Ausweis vorhanden: nein ja
Diabetes mellitus: nein ja Tabletten Insulin Diät
Raucher: nein ja
Atemnot: nein ja bei Belastung
Gerinnungshemmer: nein ja
Besonderheiten z.B. Blutungsneigung, Infektionen, Schlafapnoegerät, Insulinpumpe: _____

Ernährung: Haben Sie Unverträglichkeiten? _____

Abneigungen: _____

Kostform: Wunschkost Vegetarisch kein Schweinefleisch sonstiges: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Haben Sie in den letzten 3 Monaten unbeabsichtigt Gewicht verloren? nein ja, wie viel: _____ kg

Ausscheidung: Leiden Sie unter Verstopfung? nein ja Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel? nein ja Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Urin- oder Stuhlinkontinenz: nein ja

Benötigen Sie Vorlagen Pants

Haben Sie ein Stoma: nein ja → Art: _____

Körperpflege / Kleiden: Selbständig Sie benötigen Hilfe. Bitte beschreiben Sie die Art der Hilfe: _____

Schmerzen: nein ja

Lokalisation: _____

Seit wann haben Sie die Schmerzen: _____

Lebenssituation: alleinstehend/-lebend mit Familie/Angehörigen

Bisherige Versorgung: selbständig Hilfe durch: _____

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht: nein ja

Haben Sie eine Patientenverfügung: nein ja

Wenn ja, bitten wir Sie, diese im Original am OP-Tag mitzubringen, damit wir eine Kopie anfertigen können.

Seelsorge erwünscht: nein katholisch evangelisch sonstige _____

Leiden Sie unter Schlafstörung: nein ja

Nehmen Sie Schlaftabletten? Wenn ja, welche? _____

Bewegung / Mobilisation:

selbstständig Sie benötigen Hilfe

Wobei benötigen Sie Hilfe? _____

benötigte Hilfsmittel _____

Besonderheiten, wie z.B. Lähmung, Schwäche, Gangunsicherheit, Schwindel _____

Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt? nein ja

Was war die Sturzursache? _____

Sturzberatung anhand Flyer

Hautzustand: normal trocken empfindlich

Haben Sie eine Hauterkrankung oder eine Wunde:

nein ja

Wenn ja, wo befindet sich die Hautveränderung? _____

Kommunikation: Benötigen Sie Hilfsmittel beim

Hören: nein ja

Sehen: nein ja

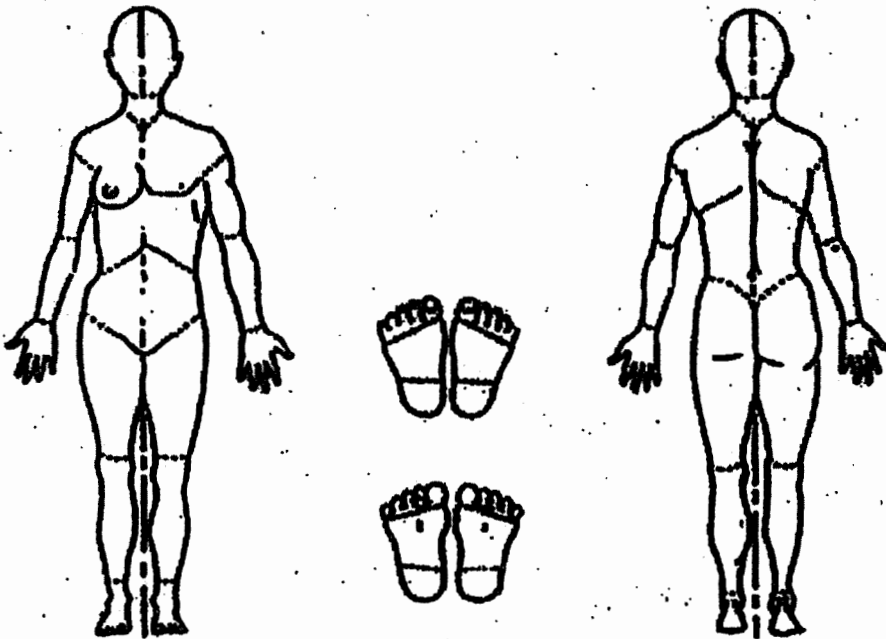
Welche Hilfsmittel benötigen Sie? _____

Ihre Muttersprache ist _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Braden Skala

| Datum | Bewegung | Aktivität | Reibungs- kräfte | Wahr- nehmung | Ernährung | Hautzustand | Punkte | Handzeichen |
|-------|----------|-----------|---------------------|------------------|-----------|-------------|--------|-------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |



Über 18 Punkte - Kein bis geringes Risiko

Unter 18 Punkte - mittleres bis großes Risiko

| Klassifizierung gemäß Expertenstandard 2010 | Lokalisation / Wundgröße / Wundzustand |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Stadium 1: bei Fingerdrucktest nicht ablassende umschriebene Rötung bei intakter Haut, Schwellung, Überwärmung, Ödembildung, Schmerz, Verhärtung des Gewebes, Verfärbung der Haut | |
| Stadium 2: Teilverlust der Oberhaut (Epidermis), Blasenbildung, flaches Geschwür, Hautabschürfung, Schmerzen, nässender infektionsgefährdeter Hautdefekt | |
| Stadium 3: Verlust aller Hautschichten, Schädigung oder Nekrose des subcutanen Gewebes, die bis auf den Muskel reichen kann, tiefes offenes oder gedecktes Geschwür | |
| Stadium 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Nekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen, Sehnen usw. | |