

<b>Orthopaedie</b> OSS 1130 Wien, Speisingerstr. 109	<b>Anamnesebogen</b> <b>Erwachsene</b>	 <b>Orthopädisches Spital Speising</b> Wien	<b>Patientenetikette</b> Dient der elektronischen Archivierung
FOR - ISO: 8.2.1 Kommunikation mit den Kunden Version: 8.0 <b>ORT18</b>	Qualitätsmanagement pCC inkl. ISO		

**1 Größe:** \_\_\_\_\_ cm                      **2 Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**3 Haben Sie eine Allergie?**       Nein       Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**4 Haben oder hatten Sie orthopädische Erkrankungen? (Weitere orthopädische Vorerkrankungen)**

Seit wann?	Art der Erkrankung

**5 Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? (Sonstige relevante Vorerkrankungen)**

- chronische Lungenerkrankung (Asthma bronchiale, COPD)
- Thrombose     Lungeninfarkt (Pulmonalembolie)
- Schlaganfall, wann? \_\_\_\_\_                       Bluthochdruck
- Herzinfarkt, wann? \_\_\_\_\_
- Andere Herzkrankheiten, welche? \_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit seit: \_\_\_\_\_                       Insulinpflichtiger Diabetes
- Osteoporose     Rheumatische Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankungen                                       Gastritis, Ulcus ( Magengeschwür)
- Malignom (Bösartige Erkrankung)
- Infektiöse Erkrankungen:                                       Hepatitis     HIV
- Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**6 Risikoerhebung HIV (notwendig aufgrund des AIDS-Gesetzes)**

- Hatten Sie in den letzten Monaten Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder Gewichtsverlust unklarer Ursache?     JA     NEIN
- Wurden Sie jemals in einem Land mit erhöhter AIDS-Rate (z. B. Afrika, Südostasien, Karibik) stationär behandelt oder haben Sie dort Blutprodukte erhalten?     JA     NEIN
- Waren Sie jemals einem – auch einmaligen – Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion (z. B. Hepatitis, HIV) durch einen Intimpartner mit Risikoverhalten ausgesetzt?     JA     NEIN

*Ist mindestens eine Frage mit „JA“ beantwortet → Blutentnahme HIV Serologie mit Einverständniserklärung des Patienten (im PICS „Blutuntersuchung einschließlich HIV-Test“ zu finden) und Vermerk im OPV-Protokoll im Feld Med. & Pfleg. Bemerkung oder auf der OP-Sicherheitscheckliste anführen.*



**Bitte die Rückseite ausfüllen!**

**5 Hatten Sie bereits orthopädische Voroperationen? (Weitere orthopädische Voroperationen)**

Wann?	Art der Operation	Ort (Krankenhaus) der OP

**6 Frühere Operationen? (Sonstige relevante Voroperationen)**

- Mandeloperation
- Blinddarmoperation
- Gallenstein OP, wann? \_\_\_\_\_
- Urologische OP, welche und wann? \_\_\_\_\_
- Gynäkologische OP, welche und wann? \_\_\_\_\_
- Andere OP: \_\_\_\_\_

**7 Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (z.B.: Thrombo ASS®, Plavix®, Marcoumar®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, aspirinhaltige Medikamente)?**

- Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Wurde dieses abgesetzt?  Nein  Ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- Wer hat die Absetzung angeordnet? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Ersatzmedikation (z.B. Lovenox®, Fragmin®) erhalten?  Nein  Ja
- Wenn ja, welches und in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

**8 Bitte füllen Sie das beiliegende Medikamentenblatt aus:**

- Rauchen:** Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_
- Alkohol:** Wie viel? \_\_\_\_\_
- Drogen:** \_\_\_\_\_
- Probleme:**  beim Stuhlgang  beim Harnlassen

**Fragen zu Ihrer Wohn- und Lebenssituation:**

Können Sie sich nach Ihrer Entlassung trotz temporärer postoperativer Defizite (Schulterpolster, Gips, Krücken) selbst versorgen?  Nein  Ja

- habe Stiegen zu bewältigen: Wie viele? \_\_\_\_\_
- lebe mit Angehörigen im gemeinsamen Haushalt  lebe alleine  lebe im Pflege/Pensionistenheim
- habe Versorgungspflichten, z.B. Pflege von Angehörigen
- bin Pflegegeldbezieher: Welche Stufe? \_\_\_\_\_

1. Waren Sie während des letzten halben Jahres häufiger als 2 x in stationärer Behandlung?  Nein  Ja
2. Wohnen Sie in einem Pflegeheim?  Nein  Ja
3. Haben Sie chronische Wunden oder Hautdefekte?  Nein  Ja
4. Leiden Sie an einer schuppigen Hauterkrankung?  Nein  Ja
5. Wurde bei Ihnen während des letzten Jahres MRSA, VRE bzw. MRGN („Krankenhauskeim“) nachgewiesen?  Nein  Ja
6. Waren Sie während des letzten Jahres **im Ausland** in stationärer Behandlung?  Nein  Ja

Ist mindestens eine Frage mit „ja“ beantwortet → weitere Vorgehensweise siehe HYG71 Checkliste MRE Ambulanz und HYG72 Checkliste MRE Station

Ersteller: Wolman Katharina	Freigabe: Wolman Katharina	Gültig ab: 04.08.2017	Gültig bis: 04.08.2020
-----------------------------	----------------------------	-----------------------	------------------------