

Orthopaedie OSS 1130 Wien, Speisinger Str. 109	Patientenanamnese - Erwachsene	 Orthopädisches Spital Speising Wien	Patientenetikette Dient der elektronischen Archivierung
FOR - ISO: 8.2.1 Kommunikation mit den Kunden Version: 13.0 ORT18	Qualitätsmanagement pCC inkl. ISO		

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg **Haben Sie eine Allergie?** Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

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

Seit wann?	Art der Erkrankung

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

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

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.

Risikoerhebung MRE (Multiresistente Erreger)

1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten in stationärer Behandlung? JA NEIN
2. Wohnen Sie in einer bettenführenden Langzeiteinrichtung (Pflegewohnheim, Caritasheim oder andere Institution) JA NEIN
3. Haben Sie chronische Wunden, Hautdefekte bzw. heilt Ihre OP Wunde schlecht zu? JA NEIN
4. Leiden Sie an einer schuppigen Hauterkrankung? JA NEIN
5. Wurde bei Ihnen multiresistenter Erreger (MRE) z.B. MRSA, VRE, MRGN („Krankenhaushauskeim“) nachgewiesen? JA NEIN



Bitte die Rückseite ausfüllen!

6. Waren Sie während der letzten 3 Monate im Ausland in einer Stationären Behandlung bzw. verbringen Sie mehr als 3 Monate des Jahres im Ausland? JA NEIN
7. Haben Sie eine liegende Sonde zur Ernährung oder haben einen Katheter zur Harnableitung? JA NEIN

Hat der Patient eine Frage mit „ja“ beantwortet → Vorgehensweise siehe [HYG101](#), [HYG102](#) (Ambulanz) bzw. [HYG103](#) (Station)

Hatten Sie bereits orthopädische Voroperationen? (Weitere orthopädische Voroperationen)

Wann?	Art der Operation	Ort (Krankenhaus) der OP

Frühere Operationen? (Sonstige relevante Voroperationen)

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

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®, Inhixa® Fragmin®) erhalten? Nein Ja
- Wenn ja, welche Dosierung und seit wann? _____

Bitte füllen Sie das beiliegende Medikamentenblatt aus.

- Haben Sie Hilfsmittel zur Fortbewegung mitgebracht?** Nein Ja
- Stützkrücken Orthopädische Schuhe Gehstock
- Mieder, (Stütz-) Korsett Gehwagerl/Rollator 4-Punkt-Gehstütze
- Prothese: Wenn ja welche: _____
- Orthese: Wenn ja welche: _____

Fragen zu Ihrer Lebens- und Wohnsituation:

- Rauchen:** Wie viele Zigaretten pro Tag _____ **Alkohol:** Wie viel? _____
- Drogen:** _____

- Probleme:** beim Stuhlgang beim Harnlassen

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: Wenn ja, welche Stufe? _____

Wer ist Ihre Vertrauensperson?

- Name der Vertrauensperson: _____
- Telefonnummer der Vertrauensperson: _____
- Name/Telefonnummer des Dolmetschers: _____

Ersteller: Fröschl-Engl Elvira	Freigabe: Wolman Katharina	Gültig ab: 22.09.2020	Gültig bis: 17.09.2023
Druckdatum: 16.03.2021			