



Patientenrisikobefragung der Urologischen Klinik

Chefarzt Prof. Dr. med. Jens Rassweiler

Bitte vor der stationären Aufnahme lesen und Fragebogen ausfüllen!

Vom Patienten/ ggf. Erziehungsberechtigten auszufüllen/ ggf. Patientenaufkleber

Name:.....	Geburtsdatum:.....
Adresse:.....	
Telefon/privat:.....	Geschäft:.....

Patientenfragebogen ausgewertet durch
(Unterschrift Arzt)

Ort/Datum

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

hinsichtlich Ihrer bevorstehenden stationären Aufnahme möchten wir Ihnen einen komplikationslosen Verlauf sichern. Sie können uns dabei helfen, in dem Sie in dem nachfolgenden Fragebogen Einzelheiten über Ihren Gesundheitszustand, Medikamenteneinnahme und Ihre Krankengeschichte beantworten. Das ermöglicht uns, Ihre Risikofaktoren und die Operationsfähigkeit besser zu beurteilen und Sie gezielt auf den Eingriff vorzubereiten. Dieser Fragebogen ist ein Teil unserer urologischen Qualitätssicherungsmassnahmen, die wir im Interesse Ihrer Sicherheit bei Operationen durchführen. Er wird datenschutzrechtlich Teil der Krankenakte.

Halten Sie bitte Ihre Unterlagen (Briefe, Röntgenbilder und Medikamente) bereit, die Sie von Ihrem Arzt mitgebracht haben.

Ihr

Prof. Dr. med. Jens Rassweiler
Klinikdirektor

Hausarzt/ Name u. Adresse

.....

Behandelnder Urologe/Adresse:

.....

Anamnese

1. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Ja **Nein**

.....

.....

.....

.....

2. Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Erkältung, Husten, Bronchitis, Fieber?

Ja **Nein**

3. Wurden Sie bereits operiert?

Ja **Nein** (Welche Operationen und wann?)

.....

.....

.....

4. Haben Sie Allergien bzw. Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja **Nein** (Wenn ja welche?)

.....

.....

.....

5. Aktuelle Medikamenteneinnahme:.....
.....
.....
.....

6. Sind Sie Raucher? **Nein** **Ja (Wieviel?)**

7. Trinken Sie regelmässig Alkohol? **Nein** **Ja (Wieviel?)**

8. Haben Sie in letzter Zeit ungewollt an Gewicht verloren? **Wenn ja wieviel kg?**

Ja **Nein**

9. <u>Risikofaktoren:</u>	arterielle Hypertonie	ja	nein
	Diabetes mellitus	ja	nein
	Hypercholesterinämie	ja	nein
	Herzerkrankungen	ja	nein
	Thrombose/Lungenembolie	ja	nein
	Atemwegserkrankung	ja	nein
	Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
	Skeletterkrankungen (z.B. schwere Hüftsteife)	ja	nein
	Tumorerkrankungen	ja	nein

Diabetes mellitus

Metforminhaltige Medikamente (bei Blutzucker) können bei Narkose und Kontrastmittelgabe (beim Röntgen) zu schweren Komplikationen führen!

Bitte überprüfen Sie, ob Sie eines dieser Medikamente regelmässig einnehmen!
Wenn **Ja**, dann markieren Sie bitte das entsprechende Medikament deutlich!

Biocos	Metformin IA Pharma
Diabesin	Metformin Heumann
Diabetase	Metformin von ct
Espa-formin	Metformin AL
Glucobon biomo	Metformin-Basics
Glucophage	Metformin-Stada
Meglucon	Metformin-Lich
Mescorit	Metformin-Puru
Met 500	Metformin-ratiopharm
Metfogamma	Metformin-biomo
Metform	Thiabet
Siofor	

Wann haben Sie die letzte Tablette dieses Medikaments eingenommen?

.....

Gerinnungshemmung

Marcumar

Plavix, Iscover, Tiklyd (Ticlopidin)

Acetylsalicylsäure (Aspirin, ASS)

Diese Medikamente können bei Operationen durch Veränderung der Blutungszeit zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen!

Nehmen Sie eines in dieser Liste aufgeführten Medikamente regelmässig ein?
Wenn **Ja**, dann markieren Sie bitte das entsprechende Medikament deutlich!

Acesal

Santasal

Acetylsalicylsäure-Tabl.

Acetylin Tabl.

Alka-Seltzer classic

Miniasal

Aspirin

Thomapyrin akut

Aspro

Godamed

ASS

HerzASS

TogalASS

Grippemittel, welche?.....

Wann haben Sie die letzte Tablette dieses Medikaments eingenommen?

.....

Datum:..... Patient:.....
(Unterschrift)

Vormund/Erziehungsberechtigter:.....
(Unterschrift)

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen eine baldige Genesung.