



# Assessmentbogen

<p><b>Prämedikation</b> – wird vom Anästhesisten ausgefüllt</p> <p>am OP-Tag:   <input type="checkbox"/> bei Ankunft   <input type="checkbox"/> auf Abruf   <input type="checkbox"/> b. Bedarf   <input type="checkbox"/> keine Prä-Med.</p> <p><input type="checkbox"/> Midazolam _____ mg (≙ _____ ml der 2% Lösung)</p> <p><input type="checkbox"/> Tranxilium _____ mg</p> <p><input type="checkbox"/> Ibuprofen _____ mg</p> <p><input type="checkbox"/> Novalgin _____ mg      verabreicht: _____  <small>Uhrzeit/ Pflegekraft</small></p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p> <p><b>Verordnender Anästhesist:</b> _____</p>	<p><b>Präoperative Anordnung:</b></p> <p>EKG notwendig:      <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Hausmed.: <input type="checkbox"/> weiter _____</p> <p>ASA: _____</p>
---	--

*Ab hier füllen Sie bitte alle Felder selbst aus:*

<p><b>Ihr Name, Vorname:</b> _____ <b>geb. am:</b> _____ <b>Ihr Alter:</b> _____</p> <p><b>Um Ihren Aufenthalt besser planen und individuell auf Sie abstimmen zu können, benötigen wir einige Informationen. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutreffend ist.</b></p> <p><b>Angehörige Name/ Tel.:</b> _____</p> <p><b>Hausarzt:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe einen <b>gesetzlichen Betreuer</b>. Name/ Tel. : _____  für folgende Angelegenheiten: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine Patientenverfügung      <input type="checkbox"/> Ich habe eine Vorsorgevollmacht</p>	
<p><b>Tag- und Nachtrhythmus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide unter Einschlaf-/ Durchschlafstörungen und nehme regelmäßig Medikamente ein.</p> <p><b>Mobilität</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin beim Gehen unsicher.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin in meiner Beweglichkeit eingeschränkt durch (z.B. Lähmungen, Versteifungen, Gelenkersatz...)  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfsmittel:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Gehstock</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Rollator</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Begleitperson</p> <p><input type="checkbox"/> Ich benötige Hilfe beim Waschen und Wechseln der Kleidung.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide häufig an Schwindel.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin im letzten Monat aus folgendem Grund gestürzt:  _____</p>	<p><b>Ernährung</b></p> <p><input type="checkbox"/> glutenfrei</p> <p><input type="checkbox"/> lactosefrei</p> <p><input type="checkbox"/> vegetarisch      <input type="checkbox"/> vegan</p> <p><input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch</p> <p><input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich trinke tgl. weniger als <u>1 Liter</u> Flüssigkeit.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe in den letzten 3 Monaten <u>ungewollt</u> Gewicht verloren.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide an Appetitlosigkeit.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich benötige Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken.</p> <hr/> <p><b>Diabetes mellitus</b></p> <p>Typ: _____ behandelt mit:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Tabletten</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Insulin</p>
<p><b>Schmerzen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Schmerzen.  Wo haben Sie Schmerzen? _____  Seit wann haben Sie Schmerzen? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich komme aus diesem Grund zur OP.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich nehme regelmäßig Schmerzmedikamente ein.</p>	<p><b>Thromboserisiko</b></p> <p><i>Beinlänge:</i> _____ cm <i>Wadenumfang:</i> _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> Ich hatte eine Thrombose/Embolie.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide unter Blutgerinnungsstörungen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine Durchblutungsstörung in den Beinen.      <input type="checkbox"/> Krampfadern    <input type="checkbox"/> pAVK</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie bei Verwandten 1. Grades.</p>

Bitte wenden!



# Assessmentbogen

<b>Kommunikation</b> <input type="checkbox"/> verminderte Sehkraft /Blindheit re/ li <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit /Gehörlosigkeit re/ li <input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät re/ li <input type="checkbox"/> Augenprothese re/ li <input type="checkbox"/> sprachliche Einschränkungen	
<b>Ausscheidung</b> <input type="checkbox"/> Ich verliere <u>ungewollt</u> Urin (z. B. beim Niesen/ Husten, bei Belastung). <input type="checkbox"/> Ich muss mich beim Wasserlassen anstrengen. <input type="checkbox"/> Ich muss häufig sehr <u>plötzlich</u> Wasser lassen. <input type="checkbox"/> Ich leide unter Verstopfung und nehme regelmäßig Abführmittel ein. <input type="checkbox"/> Ich habe einen künstlichen Darmausgang. <input type="checkbox"/> Ich leide an häufigem Durchfall. <input type="checkbox"/> Ich habe häufig ungewollt Stuhlabgang	<b>Psyche / Emotionen</b> Meine derzeitige Lebenssituation ist beeinflusst/ bestimmt durch: <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Trauer/ Verlust/ Traurigkeit <input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb <input type="checkbox"/> Verminderte Leistungsfähigkeit /Erschöpfung <input type="checkbox"/> Depressionen
<b>Besonderheiten:</b> <input type="checkbox"/> Ich habe eine offene Hautstelle. <input type="checkbox"/> Ich habe eine schlecht heilende Wunde. <input type="checkbox"/> Ein Wundabstrich ist bereits am _____ erfolgt. <input type="checkbox"/> Bei mir wurde schon einmal ein <b>multiresistenter Keim</b> nachgewiesen (z.B. MRSA, MRGN) <input type="checkbox"/> Ich habe/ hatte folgende Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> Tuberkulose bestehend seit: _____ ausgeheilt seit: _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C bestehend seit: _____ ausgeheilt seit: _____  <b>Atmung</b> <input type="checkbox"/> Meine Atmung ist in Ruhe / bei Belastung aus folgendem Grund eingeschränkt: _____	<b>Entlassungsvorbereitung:</b> <input type="checkbox"/> Ich lebe <b>nicht</b> alleine <input type="checkbox"/> <b>Ich lebe alleine.</b> Ich habe für eine Betreuung nach Entlassung gesorgt durch: _____ <input type="checkbox"/> Ich werde durch folgenden ambulanten Pflegedienst unterstützt: _____ <input type="checkbox"/> In meine Entlassungsplanung dürfen folgende Personen einbezogen werden: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> Ich lebe im Pflegeheim _____ <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> stationäre Pflege
<input type="checkbox"/> <b>Ich möchte eine Beratung durch den Sozialdienst des Hauses in Anspruch nehmen, da ich zu Hause <u>nicht</u> versorgt bin.</b>	

## Medikamente

am OP-Tag Einnehmen <small>(ja / nein)</small>	Name des Medikaments sowie Dosierung (mg oder g)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf	Grund für die Einnahme

<b>Abschließende Bemerkungen</b> <input type="checkbox"/> Der Sozialdienst muss eingeschaltet werden. <input type="checkbox"/> Die Einverständniserklärungen Anlage 1a/1b sind unterschrieben.	<b>HZ/Datum Stationspflegekraft</b>
--	---