

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Sie werden demnächst in die Abteilung Gefäß- und Endovaskularchirurgie der Kreiskliniken Günzburg – Krumbach stationär aufgenommen. Um Ihre stationäre Aufnahme zu vereinfachen bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie den folgenden Bogen möglichst vollständig aus. Sie geben uns damit bereits vorab wesentliche Informationen, die in Zusammenhang mit Ihrer weiteren medizinischen Behandlung im Krankenhaus, aber auch im Hinblick auf die Planung Ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung und die weitere medizinische Betreuung wichtig sind. Bitte nehmen Sie sich hierfür einige Minuten Zeit.  
Vielleicht können Ihnen auch Ihre Angehörigen beim Ausfüllen des Bogens behilflich sein.

## Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: ..... Geb.Datum: .....  
Straße  
Hs.-Nr..... PLZ, Ort..... Geburtsname: .....  
Telefon:..... Konfession (freiw. Angabe):  kath.  evang.  sonstiges  
Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

## Krankenversicherung / Ärzte

gesetzlich versichert  privat versichert  privat zusatzversichert  Beihilfe

Name der Krankenversicherung: .....  
Name der Zusatzversicherung: .....  
Hausarzt: .....  
Weitere behandelnde Ärzte: .....  
Weitere behandelnde Ärzte: .....  
Diese Ärzte sollen auch einen Arztbrief / Entlassungsbericht erhalten.  ja  nein

## Angehörige:

Ehegatte / Lebenspartner  Sohn / Tochter  Gesetzl. Betreuer  Sonstiges.....  
Name:..... Vorname:..... Telefon:.....  
 gleiche Adresse wie Patient  
Straße  
Hs.-Nr..... PLZ, Ort..... Handy:.....  
Weitere Angehörige:  
 Ehegatte / Lebenspartner  Sohn / Tochter  Gesetzl. Betreuer  Sonstiges.....  
Name:..... Vorname:..... Telefon:.....  
 gleiche Adresse wie Patient  
Straße  
Hs.-Nr..... PLZ, Ort..... Handy:.....



## Klinikhygiene / MRE- Screening

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige, sicher haben Sie schon öfters in den Medien von multiresistenten Erregern (MRE) oder Keimen gehört, die landläufig und fälschlicherweise als „Krankenhauskeime“ bezeichnet werden. MRE sind Krankheitserreger, die gegen hochwirksame Antibiotika unempfindlich (resistent) geworden sind. Ist man Träger eines MRE, handelt es sich meistens nur um eine Besiedelung (Kolonisation) von Haut, Schleimhaut, Wunden oder Katheteraustrittsstellen ohne besonderen Krankheitswert. Kommt es jedoch zu einer Infektion mit relevanten Krankheitssymptomen, so ist diese wegen der entstandenen Resistenzen wesentlich schwieriger zu behandeln. MRE spielen für uns alle eine wichtige Rolle. Es gibt jedoch Menschen unter uns, die bei einer Infektion mit MRE besonders gefährdet sind: Neugeborene, Kleinkinder, Immungeschwächte, chronisch Kranke und auch ältere Patienten. Daher ist es wichtig alle Patienten, die stationär in eine Klinik aufgenommen werden hinsichtlich des Risikos, dass sie bereits Träger eines MRE sind zu befragen. Bei Risikopatienten erfolgt daher eine Abstrichentnahme z.B. aus der Nase und / oder einer offenen Wunde. Bei Nachweis von MRE müssen in der Klinik besondere hygienische Maßnahmen zum Schutz anderer Patienten getroffen werden um eine Übertragung zu vermeiden. Mit der Beantwortung der folgenden einfachen Fragen leisten Sie daher einen wichtigen Beitrag zur Krankenhaushygiene und zu Ihrer eigenen Patientensicherheit.

1. Ist bei Ihnen jemals ein Krankheitserreger / Keim mit Resistenz gegen Antibiotika (MRSA, MRGN, VRE,...) nachgewiesen worden, oder waren Sie schon einmal während eines Krankenhausaufenthaltes isoliert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt als Patient im Ausland ? Insbesondere: - Ost-, Südost- und Südeuropa (z.B. Bulgarien, Italien, Griechenland, Kosovo, Moldawien, Rumänien, Russland, Serbien, Ungarn) - Naher Osten (z.B. Vereinigte Arabische Emirate, Arabische Halbinsel) - Asien (z.B. China, Indien, Pakistan...) - Südamerika - Afrika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 3 Tage in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Antibiotika verabreicht ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Leben Sie im Pflegeheim oder sind sie chronisch pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Waren Sie in den letzten Tagen in einem anderen Krankenhaus auf einer Intensivstation in stationärer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Arbeiten Sie in der Landwirtschaft oder haben Sie beruflich regelmäßigen Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Hatten Sie während eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus Kontakt zu MRE-Trägern ? (Unterbringung im selben Zimmer) oder sind Angehörige von Ihnen mit denen Sie engen Kontakt pflegen MRE-Träger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Sind Sie Dialysepatient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Tragen Sie irgendwelche Katheter oder Devices (z.B. Blasenkateter, Ernährungssonde, zentrale Venenkatheter u.ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Haben Sie chronische, seit längerer Zeit bestehende Wunden? (Ulcus cruris, „offenes Bein“, Gangrän „schwarze Zehe“, tiefe Weichteilinfektionen, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Patienten-Fragebogen zur Blutungsanamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wird für die Diagnostik oder Behandlung eines Gefäßleidens ein Kathetereingriff (z.B. Punktion einer Schlagader oder Aufdehnung mit Ballonkatheter) oder eine Operation nötig wird, so besteht das Risiko einer Blutung oder Nachblutung. Zwar ist dieses Risiko gering und zur Vorbereitung werden die Blutlaborwerte kontrolliert, jedoch können in seltenen Fällen Störungen der Blutgerinnung vorliegen, die durch die normalen Routine-Laborwerte nicht erkannt werden können. Auch Medikamente können die Blutgerinnung beeinflussen.

Um für Sie das Risiko unvorhergesehener Blutungskomplikationen auf ein Minimum zu reduzieren, bitten wir Sie die folgenden 12 einfachen Fragen gewissenhaft zu beantworten und den Bogen am Ende zu unterschreiben.

Durch die Beantwortung dieser einfachen Fragen ist es uns möglich Risikopatienten zu erkennen und wenn nötig genauere Untersuchungen einzuleiten. Sie helfen uns damit Ihre Behandlung noch sicherer zu machen und unerwarteten Blutungskomplikationen vorzubeugen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:			Zusatzfragen und Notizen des Arztes	wenn JA
0 ) Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ Diagnose erfragen ➢ Bei Frauen und Thrombose: Nikotin und „Pille“	1,5 evtl. 3 ggf. 4
Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?				
1a) Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ immer schon ➢ nur saisonal ➢ HNO-Befund vorhanden ➢ bei Medikamenteneinnahme ➢ arterielle Hypertonie	2 3 1 4
1b) blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm oder auch ohne sich anzustoßen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ unfallträchtige Tätigkeiten ➢ immer schon ➢ bei Medikamenteneinnahme	0 2 1
1c) Gelenkeblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		2
2 ) Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ über 5 Minuten ➢ typische Verletzung ➢ Nassrasur ➢ bei Medikamenteneinnahme	2 2 2 1
3 ) Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ über 5 Minuten ➢ war Nachbehandlung nötig ➢ bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
4 ) Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ welche Operation ➢ war die Blutung tatsächlich über der Norm	5 5 2
5 ) Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ lange nässend, klaffend ➢ Vereiterung / Infekt ➢ Keloid (wulstige Narbe)	2 2 2
6 ) Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ Verwandtschaftsgrad ➢ Diagnose bekannt	2
7a) Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Sintrom®, Marcumar®, Plavix®, Tykloid®, Clopidogrel®, Iscover®, Efigent®, Aggrenox®, ASS, Herz-ASS®, Colfarit®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis® o.ä.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2 4 6
7b) Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei-verkäufliche (nicht vom Arzt verordnete)? (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Diclofenac, o.ä.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
8 ) Zusatzfrage an Patientinnen: Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	➢ seit Menarche	2

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient

.....  
Unterschrift Arzt