

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

Zur Verbesserung der Abläufe Ihrer Behandlung, Aufnahme bzw. präoperativer Sprechstundenvorstellung bitten wir Sie vorab, den Fragebogen zu auszufüllen.

Sollten Sie sprachliche Probleme haben, bitten wir Sie mit einer Dolmetscher\*in zur Indikationssprechstunde bzw. zum Aufklärungsgespräch zu kommen.

**Bitte denken Sie auch daran, wichtige Dokumente im Original mitzubringen!**

1. Versicherungsnachweis, **Krankenkassenkarte**
2. **Medikamentenplan** im Original ab 3 Medikamenten  
(Bundeseinheitlicher Medikationsplan mit **QR-CODE im Original – nicht Kopie**)
3. Relevante **Untersuchungsbefunde**
4. Liste mit **Erkrankungen und Vor-Operationen**
5. **Vorsorgevollmachten** (wenn vorhanden)
6. **Patientenverfügung** (wenn vorhanden)
7. **Allergiepass** (wenn vorhanden)
8. **Ausweis für erschwerte Intubation** (wenn vorhanden)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Angehörige  Sohn  Tochter  Andere \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil. \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht**  nein  ja (bitte zum Einscannen mitbringen)

**Patientenverfügung**  nein  ja (bitte zum Einscannen mitbringen)

**Allergien** Antibiotika  nein  ja welche \_\_\_\_\_

Kontrastmittel/Jod  nein  ja welche \_\_\_\_\_

Schmerzmittel  nein  ja welche \_\_\_\_\_

Lebensmittel/Soja  nein  ja welche \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

<b>Medikamente</b> (ab 3 Medikamente bitte bundeseinheitlichen Medi-Plan mit QR Code im Original)				
Wirkstoff	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

