



Stand: 09/2014

---

## PATIENTENINFORMATION ZUR STATIONÄREN AUFNAHME

---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bei Ihnen ist ein stationärer Aufenthalt geplant. Bitte bringen Sie Folgendes in die Klinik mit:

**Aktuelle Befunde und Untersuchungsergebnisse (sofern vorhanden):**

- ◆ aktuelle Laborwerte
- ◆ EKG bzw. Belastungs-EKG
- ◆ Röntgen-, CT-, MRT-Bilder (Bitte wenn möglich auf CD)
- ◆ spezielle Befunde wie z.B.: Lungenfunktion, Herzkatheter
- ◆ Arztbriefe, Entlassungsbriefe, Tumormappe

**Hilfsmittel (sofern erforderlich):**

- ◆ Brille, Hörgerät, Rollator, Rollstuhl, **Insulin-PEN**, spezielles Verbandmaterial für einen Tag, CPAP-Gerät

**Waschutensilien und Wäsche:**

- ◆ Bademantel, Badetuch, Handtuch, Waschlappen, Badeschuhe, Duschgel, Haarwaschmittel, Rasierer und Zubehör, Kamm, Taschentücher, Zahnputzsachen, **rutschfeste geschlossene Hausschuhe**, Nachthemden oder Schlafanzüge, evtl. Freizeitanzug

**Sonstiges:**

- ◆ Kopfhörer für Fernseher (Können auch im Klinikum gekauft werden)
- ◆ Ladegerät für Mobiltelefon, Tablet, etc.

**Medikamente:**

- ◆ Bitte lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt eine Liste all Ihrer verordneten Medikamente erstellen und bringen diese dann zu Ihrer Aufnahme mit. Falls dies nicht möglich ist, dann nehmen Sie sich bitte einige Minuten Zeit, um die anhängende Medikamentenliste sorgfältig und vollständig auszufüllen. Die Medikamente bekommen Sie während Ihres Aufenthaltes von der Klinik gestellt. Damit keine Versorgungslücken auftreten, falls ein Medikament nicht sofort verfügbar ist, sollten Sie die Medikamente für zwei Tage mitbringen. **Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt oder Urologen, ob evtl. blutverdünnende Medikamente wie z.B. Marcumar, Plavix, Xarelto, ..., rechtzeitig abgesetzt werden müssen. Aspirin (ASS) 100 mg täglich sollten Sie nicht absetzen.**

**Wertsachen, Schmuck, oder größere Geldbeträge lassen Sie bitte zu Hause!**

**MEDIKAMENTENLISTE**

Vorname, Nachname: .....Geburtsdatum: .....

Damit wir Sie während Ihres Klinikaufenthaltes optimal mit Ihren gewohnten Medikamenten versorgen können, bitten wir Sie, alle Arzneimittel, die Sie zu Hause regelmäßig einnehmen, in die untenstehende Tabelle einzutragen. Bitte tragen Sie alle Medikamente ein, die Ihnen ein Arzt verordnet hat und die Sie ohne ärztliche Anordnung regelmäßig einnehmen.

Name des Arzneimittels (Handelsname oder Wirkstoff)	Stärke/ Art des Arzneimittels (mg, g, IE, Tabletten, Kapseln, Tropfen)	Einnahmezeitpunkt				Einnahmegrund
		morgens	mittags	abends	nachts	

**Ausfüllbeispiele:**

Beispiel: Aspirin ®	500 mg Tabletten	x				Kopfschmerzen
Beispiel: Lantus ®	12 IE Insulin				x	Zuckerkrankheit
Beispiel: Laxoberal ®	20 Tropfen	x				Verstopfung