

1

Krankengeschichte

Entlassen am:	
als:	Geheilt - gebessert - ungeheilt in Heilung begriffen
Weitere ärztliche Behandlung:	ja - nein
Arbeitsfähig - arbeitsbeschränkt - arbeitsunfähig	
Schonfrist: nach Beobachtung	Wochen/Tage
Gestorben am _____ um _____ Uhr	
Bericht an einweisenden Arzt	
gegeben am _____ durch _____	

2017047534 07.03.17 INN - ZA
Schlüter M
Axel 04.04.1939
 21682 Stade
 Holzstr. 19
 Schlüter, Axel
 mit Chefarzt
 10159189



EW

	Abteilung
	Leitender Arzt:
	Assistenzarzt:
Krankheitsbezeichnung:	Behandlung:

Vorgeschichte, Befund und Verlauf:

OsteMed Klinik Bremervörde
Gnarrenburger Str. 117
27432 Bremervörde
Telefon: 04761- 980-0 Telefax: 04761-980210

Stationskarte

Patient:

Aufn.-Nr.:	2017047534	Geb.-Datum:	04.04.1939	Aufn-Tag	07.03.2017
Fachr./Station:	INN/06	Zi.-Nr.:		Uhrzeit:	08:30
Name:	Schlüter,Axel	Geschlecht:	M		
Geb.-Name:	Schlüter	Geburtsort:			
Adresse:	Holzstr. 19, 21682 Stade				
Beruf:		Einzugsgebiet:	03359038		
am.-Stand:	VH	Konf.:	-	Staat:	D

Hauptversicherter:

Name:	Schlüter,Axel	Geb.-Datum:	04.04.1939
Adresse:	Holzstr. 19 21682 Stade		
Arb.Geber:			

sonstige Angaben

Wahlleistung:	mit Chefarzt 	Pfl.Tarif:	A-INN
Einw.Arzt:	Dr. med. Ziehm-Kossatz, Heidrun	Hausarzt:	Dr. med. Ziehm-Kossatz, Heidr
Mitbeh. Arzt:			
Angehörige:	Schlüter,Ruth, EHEFRAU, Holzstr. 19 21682 Stade; Tel: 04141-45363 -		

Kostenträger:

1. KT	Schlüter,Axel Holzstr. 19 21682 Stade
	Vers.Art M Mitgl.Nr.
2. KT	
	Vers.Art Mitgl.Nr.
3. KT	
	Vers.Art Mitgl.Nr.

Entlassungsdatum:

Diagnose:

Datenschutzrechtliche Einwilligungs-Erklärung des Privatpatienten

Patient 2017047534 07.03.17 INN - ZA

Schlüter

Axel

M

04.04.1939

Name, Vo

21682 Stade

Holzstr. 19

Schlüter, Axel

mit Chefarzt ~~X~~



Geburtsdatum

Zahlung

10168189

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ / Ort

Telefon dienstlich

Telefon privat

Arbeitgeber

Krankenversicherung/Kostenträger

- Normale private Krankenversicherung
- Beihilfeberechtigt

Besondere Versicherungen:

- Basistarif
- Standardtarif
- Post B
- KVB

Datum

Unterschrift

2017047534 07.03.17 INN - ZA
Schlüter M
Axel 04.04.1939
21682 Stade
Holzstr. 19
Schlüter, Axel
mit Chefarzt
10159189



Klinik Bremervörde
OsteMed Kliniken und Pflege GmbH

Gnarrenburger Str. 117
27432 Bremervörde
Telefon 04761/ 980 - 0
Telefax 04761/ 980 - 485

Station: 01
Tel.: 04761 - 980 6752

Anmeldung einer Konsiliaruntersuchung

Datum: 08.03.17

- Chirurgie
- Augenheilkunde
- Neurologie
- Psychiatrie
- Dermatologie
- Anästhesie / Intensivmedizin
- Innere Medizin
- Gynäkologie
- Urologie
- HNO
- Orthopädie
- Kardiologie

Sehr geehrte(r) Kollege(in),

wir erbitten eine konsiliarische Untersuchung des o. g. Patienten.

Symptomatik: Rechtssseitige Oberbauchschmerzen; Erhöhte Leberparameter; MRCP + ERCP sind angewendet

Verdachtsdiagnose: V.a. Cholecholelithiasis bei einer Cholezystolithiasis

Fragestellung: Bitte um Mitbestätigung

Mit kollegialen Grüßen

Konsiliarius:

Datum: 08.03.17

Dr. Schäfers - Bschütz

Anamnese: Ikterus

Befund: Sono-Abd.: s. Befund

Diagnose: sym. cholezystolithisch

Vorschlag: Übernahme am Mo. 13.03.17

Operation Tag CHE am Di. 14.03.17

[Handwritten Signature]
Unterschrift



2017047534 07.03.17 INN - ZA
Schlüter
Axel
21682 Stade
Holzstr. 19
Schlüter, Axel
mit Chefarzt

04.04.1939



10159189

X mit Chefarzt X

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen. (n = nein j = ja)

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Geschlecht: _____

1. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Heparin], entzündungshemmende Schmerzmittel, Schlafmittel, Abführmittel, Medikamente gegen Bluthochdruck, Hormone [z.B. „Antibabypille“])? n j
Wenn ja, welche? _____

Falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen.

2. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen, allergisches Asthma) oder Überempfindlichkeiten (z.B. gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Antibiotika, Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Latex, örtliche Betäubungsmittel)? n j
Wenn ja, welche? _____

Falls Sie einen Allergieausweis besitzen, bitte vorlegen.

3. Liegt eine Bluterkrankung, Blutarmut, eine erhöhte Blutungsneigung vor (z.B. häufiges Nasenbluten, auffällig langes Bluten bei kleinen Verletzungen, blaue Flecken ohne Ursache oder nach leichter Berührung) oder gibt es in der Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? n j

4. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc)? n j
Wenn ja, welche? _____

5. Besteht eine Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, erhöhter Blutdruck, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)? n j
Wenn ja, welche? _____

6. Befindet sich eine Gelenkendoprothese, ein Herzschrittmacher oder ein anderes künstliches Implantat im Körper? n j
Falls Sie einen Schrittmacherausweis besitzen, bitte vorlegen.

7. Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes [Insulinpflicht bzw. Einnahme von „Zuckertabletten“], Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion)? n j
Wenn ja, welche? _____

Falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen.

8. Bestehen chronische Erkrankungen (z.B. Grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? n j
Wenn ja, welche? _____

9. Sind eine Gallenwegsentzündung, Gallensteine oder eine Bauchwassersucht (Aszites) bekannt? n j

10. Wurde schon einmal im selben Bereich geröntgt? n j
Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, bitte vorlegen.

11. Wurde schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung durchgeführt? n j
Wenn ja, traten dabei Probleme auf? n j
Wenn ja, welche? _____

12. Wurde früher schon einmal eine endoskopische Untersuchung/Behandlung durchgeführt? n j
Wenn ja, gab es Komplikationen (z.B. vorzeitiger Abbruch) oder Besonderheiten (z.B. Spritze zur Betäubung bzw. Beruhigung) oder wurde eine behandlungs- oder kontrollbedürftige Erkrankung festgestellt? n j
Wenn ja, bitte genauere Angaben: _____

13. Kommt es bei Berührungen im Rachen zu starkem Würgereiz? n j

14. Waren früher schon einmal Operationen (z.B. an Magen, Darm, Herz, Lunge) erforderlich? n j
Wenn ja, welche? _____

15. Sind einzelne Zähne locker, befindet sich Zahnersatz im Mund (z.B. Prothese, Stiftzahn, Krone) oder findet zurzeit eine zahnärztliche Behandlung statt? n j

16. Haben Sie ein Zungen- oder Zahnpiercing? n j

17. Regelmäßiger Konsum von Tabakwaren? n j
Wenn ja, was und wie viel? _____

18. Zusatzfragen bei Frauen im gebärfähigen Alter:
Besteht eine Schwangerschaft? n j
Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? _____

00 5:00

2017047534 07.03.17 CHI - O II
Schlüter M
Axel 04.04.1939
 21682 Stade
 Holzstr. 19
 Schlüter, Axel
 mit Chefarzt



10159189

iso-Tag:

Datum:

16.03.17

Abteilung:

Bettplatz:

Tag:

(postop.)

4

3

Devices	Tag	Systemwechsel/VW	F	S	N
PVK		Infusion	X		
ZVK <i>Ringg. 5/14</i>	4.	Perfusor	X		
Shaldon		Absaugbehälter			
Schl. / PM		Mundpflegeset			
Art. / PICCO		Drainage			
MS / JJS		Urin-Messsystem			
DK / SPK <i>05.14</i>	4.	Art. Druckmessung			
Th.Drain 1 <i>Ringg. 5/14</i>	4.	ZVD	X		
Th.Drain 2 <i>Ringg. 5/14</i>	4.	PDK-Filter			
Tubus/TK		Ernährungsset			
		DK-Wechsel			

Ad-Hoc-Medikation und Blutprodukte

Transfusion

①	⑨	EK
②	⑩	FFP
③	⑪	PPSB
④	⑫	AT III
⑤	⑬	HAB
⑥	⑭	MAT
⑦	⑮	Sonst.
⑧	⑯	Anzahl EK bereit:

Untersuchung/Besonderes

Kontrollbar: Sonne, Jaghant

TAGESZIEL:

Bilanz-Ziel:

	Uhrzeit:	Uhr	Uhr	Uhr
E Infusion:		ml	ml	ml
Medikamente:		ml	ml	ml
EK/Kolloide:		ml	ml	ml
per os:		ml	ml	ml
Summe		ml	ml	ml
A Urin:		ml	ml	ml
MS:		ml	ml	ml
Drainagen:		ml	ml	ml
Sonstiges:		ml	ml	ml
Summe:		ml	ml	ml
Bilanz:		ml	ml	ml

4:00 5:00

2017047534 07.03.17 CHI - O II

Schlüter

Axel

21682 Stade

Holzstr. 19

Schlüter, Axel

mit Chefarzt

M
04.04.1939



10159189

Iso-Tag:

Datum:

Abteilung:

Bettplatz:

Tag:

(postop.)

39

Devices	Tag	Systemwechsel/VW	F	S	N
PVK		Infusion			
ZVK	3	Perfusor			
Shaldon		Absaugbehälter			
Schl. / PM		Mundpflegeset			
Art. / PICCO		Drainage			
MS / JJS	3	Urin-Messsystem			
DK / SPK	3	Art. Druckmessung			
Th.Drain 1	3	ZVD			
Th.Drain 2	3	PDK-Filter			
Tubus/TK	3/1	Ernährungsset			
		DK-Wechsel			

Ad-Hoc-Medikation und Blutprodukte		Transfusion
①	⑨	EK
②	A	FFP
③	B	PPSB
④	C	AT III
⑤	D	HAB
⑥	E	MAT
⑦	F	Sonst.
⑧	G	Anzahl EK bereit:

Untersuchung/Besonderes

TAGESZIEL:

Bilanz-Ziel:

Uhrzeit:	15 Uhr	18 Uhr	6 Uhr
E Infusion:	630 ml	1.195 ml	2025 ml
Medikamente:	500 ml	860 ml	1070 ml
EK/Kolloide:	/ ml	/ ml	/ ml
per os:	400 ml	600 ml	900 ml
Summe:	1530 ml	2655 ml	3995 ml
A Urin:	470 ml	860 ml	1500 ml
MS:	/ ml	/ ml	/ ml
Drainagen:	~ 200 ml	~ 300 ml	~ 550 ml
Sonstiges:	/ ml	/ ml	/ ml
Summe:	670 ml	1160 ml	2050 ml
Bilanz:	+860 ml	+1.195 ml	+1945 ml

Handwritten notes and diagrams on a grid background. Includes numbers like '1. 447. 1147' and arrows pointing to specific grid locations.