

Bitte das Buch
zu jeder Untersuchung
oder Behandlung
mitbringen.

PATIENTENBUCH

-
- I
 T
 K

behandelnder Arzt: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen bei uns in der MediClin Staufenburg Klinik!

Unser gemeinsames Ziel ist die Wiederherstellung,
Verbesserung und der dauerhafte Erhalt Ihrer Gesundheit.

Um sich im Haus zurecht zu finden,
lesen Sie bitte die Informationsmappe auf Ihrem Zimmer.

Ihren Behandlungsplan finden Sie in Ihrem Postfach (entspricht Ihrer Zimmernummer).
Diesen heften Sie bitte in Ihr Patientenbuch am zweiten Hefter auf Seite 10 ein. Da es
zu Terminänderungen im Laufe einer Woche kommen kann, überprüfen Sie bitte Ihr
Postfach täglich und verwenden den jeweils aktuellen Plan.

Bitte tragen Sie das Patientenbuch stets bei sich, da es viele wichtige Informationen zu
Ihrer Behandlung enthält und bringen es zu den Therapien mit.

Bitte halten Sie Ihre Termine ein, versäumte Termine gelten als teilgenommen und kön-
nen nicht nachgeholt werden. Nur bei rechtzeitiger Absage können diese, wenn möglich,
umgeplant werden.

Wenn Sie eigene Trainingseinheiten durchführen, tragen Sie diese bitte auf Seite 15 ein.

Lassen Sie Ihre Einzeltermine bitte vom Therapeuten auf dem Patientenplan abzeichnen.

**Wichtig: Wenn es Ihnen nicht gut geht, melden Sie sich bitte rasch beim
Pflegestützpunkt oder unter der Rufnummer 255 (Pflegekraft).**

Das Befolgen der Hygieneempfehlungen schützt Sie selbst und Ihre Mitpatienten!
Bitte benutzen Sie regelmäßig die Handdesinfektionsspender.

*Wir wünschen Ihnen einen
erfolgreichen Aufenthalt bei uns.*

Ihr Reha-Team

Pflegedienst

Pflegestützpunkt (1. Etage)	(Telefon 255)	7.00 – 20.00 Uhr
Nachschwester	(Telefon 255)	ab 20.00 Uhr
Schwesternzimmer (Erdgeschoss, C11)	(Telefon 251)	7.00 – 11.00 Uhr 12.30 – 16.00 Uhr

**In dringenden Fällen benutzen Sie bitte die
Notfallklingel neben Ihrem Bett.**

Apotheke (Erdgeschoss C14) Medikamentenausgabe und Inkontinenzartikel	Montag – Freitag	11.00 – 12.30 Uhr und 16.30 – 17.00 Uhr
--	-------------------------	--

Gewichtskontrolle

(im Schwesternzimmer, Erdgeschoss C11)

Wöchentlich für Diabetiker und Patienten mit Reduktionskost

Montag – Freitag **7.00 – 8.00 Uhr**

Alle Patienten, die in der nächsten Woche abreisen

Freitag **7.00 – 8.00 Uhr**

Allergien

Nur vom Arzt verordnete Medikamente werden ausgegeben

Datum	HZ	Medikament	F	M	A	N

Diagnosen OP-Datum _____

Ausgabe angeordnet Datum HZ	Ausgegeben Datum HZ	Ausgegeben Datum HZ	Ausgegeben Datum HZ

Thromboseprophylaxe

Clexane _____

1x tgl. 2x tgl.

Dat. _____

HZ _____

Dat.	HZ	Dat.	HZ

Ärztliche Verordnung

Datum	HZ Arzt	Verordnung	Datum	HZ Schwester
		Antithrombosestrümpfe		
		Bein wickeln re. / li.		
		Beinumfang messen re. / li.		
		Temperaturmessung tgl. / 2x tgl.		
		Ein- und Ausfuhr		
		Drainageprotokoll		
		Behandlung im Zimmer / Isolierung		
		Messbecher: Fluss- / Mengenprotokoll		
		Medikamentenausgabe durch Pflege		

Ausgabe Insulin / Blutzucker-Teststreifen

Diabetesberatung in A01

Montag – Freitag 11.45 – 12.15 Uhr

Medikamente	Datum	Stück	HZ	Datum	Stück	HZ

Gewichtskontrolle Zimmer C11 Montag – Freitag 7.00 – 8.00 Uhr

<input type="radio"/> 1x die Woche		<input type="radio"/> 2x die Woche		<input type="radio"/> 3x die Woche		<input type="radio"/> 1x täglich	
Datum	Gewicht	Datum	Gewicht	Datum	Gewicht	Datum	Gewicht

Diabetiker und Patienten mit Reduktionskost: bitte einmal pro Woche zur Gewichtskontrolle gehen.
 Patienten, die in der nächsten Woche abreisen: Gewichtskontrolle
 Freitag vor Abreise von 7.00 bis 8.00 Uhr

Temperaturmessung

Datum	Uhrzeit	Temp.	Datum	Uhrzeit	Temp.	Datum	Uhrzeit	Temp.

Blutdruckmessung

täglich

1x

2x

3x

Bitte messen Sie Ihren Blutdruck selbst so wie oben angegeben.

Die geeichten Blutdruckgeräte finden Sie täglich von 7.00 bis 19.30 Uhr an aufgeführten Stellen:

- im EG Übergang vom C-Bereich zum D- und E-Bereich
- Haupthaus 2. und 4. Etage gegenüber Treppenhaus
- Haus 3 im Gang bei Zi. 3101 - 3110

Bitte lassen Sie Ihren Blutdruck bei der Pflege so wie oben angegeben messen:

- in der med. Aufnahme/Schwesternzimmer C11
von 7.00 bis 11.00 Uhr und von 12.30 bis 16.00 Uhr
- im Pflegestützpunkt im 1. OG

Bitte beachten Sie bei der Messung

- 5 Min. Ruhe im Sitzen, Beine nebeneinander
- die Messung erfolgt am unbedeckten Oberarm,
kein Abschnüren durch hochgekrempelte Ärmel
- immer den gleichen Arm nehmen
- Achten Sie auf die richtige Größe der Manschette
- die Manschette wird etwa 2,5 cm oberhalb der Ellenbeuge angelegt!
- Mikrofon/Markierung an der Innenseite des Oberarms über der Schlagader platzieren
- die Manschette muss fest sitzen, darf aber auch nicht einschnüren!
- der ganze Unterarm muss entspannt auf dem Tisch aufliegen!
- den Startknopf des Blutdruckmessgerätes drücken/das Gerät pumpt automatisch auf
- während der Messung nicht sprechen/bewegen
- nach Beendigung der Messung die Werte hier eintragen
- Wiederholungsmessung frühestens nach 2 Min.

Bei niedrigen Blutdruckwerten mit Beschwerden bzw. zu hohen Blutdruckwerten ab 180 / 100mmHg und bei Pulswerten unter 50 bzw. über 110, melden Sie sich im nächsten Schwesternzimmer.

Blutdruckmesswerte

Datum	Uhrzeit	RR	Puls	Datum	Uhrzeit	RR	Puls

REHAZIELE

Allgemein

- 4a1 Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Steigerung der Ausdauer und Belastbarkeit
- 4a2 Schmerzfreiheit, Schmerzreduktion
- 4a3 Verbesserte Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens, Erhalt der Selbstständigkeit
- 4a4 Aktivierung und Stärkung der eigenen Ressourcen und Möglichkeiten
- 4a5 Erhalt der Arbeitsfähigkeit, Wiedereingliederung in das Berufsleben
- 4a6 Verstehen der eigenen Erkrankung
- 4a7 Krankheitsbewältigung und seelische Stabilisierung
- 4a8 Strategien und Techniken zur Stressbewältigung erlernen
- 4a9 Förderung der Wundheilung
- 4a10 Reduktion von krankheitsfördernden Faktoren
- 4a11 Beendigung des Nikotinkonsums

Onkologie

- 4b1 Auseinandersetzung mit der Tumorerkrankung, Abbau von Ängsten und Unsicherheiten
- 4b2 Behandlung von chronischer Erschöpfung (Fatigue)
- 4b3 Vorbeugung und Behandlung von Lymphödemen

Urologie

- 4c1 Verbesserung der Kontinenz, selbstständiges Kontinenztraining
- 4c2 Selbstständige Versorgung des Stomas
- 4c3 Erektionsstörungen verstehen und behandeln

Diabetologie

- 4d1 Verbesserung der Stoffwechsellage
- 4d2 Vermeidung von Unterzuckerungen
- 4d3 Kenntnisse über Therapie, Ernährung, Alltagskompetenz für das Leben mit Diabetes
- 4d4 Motivation zur Vermeidung von Folgeerkrankungen

Adipositas

- 4e1 Einleitung einer Gewichtsreduktion
- 4e2 Dauerhafte Änderung der Ernährungsgewohnheiten
- 4e3 Regelmäßige körperliche Aktivität
- 4e4 Strategien zur langfristigen Gewichtskontrolle erlernen

Nephrologie

- 4f1 Auseinandersetzung mit der Nierenerkrankung, Abbau von Ängsten und Unsicherheiten
- 4f2 Kenntnisse über eine nierengerechte Ernährung in den Alltag umsetzen
- 4f3 Sicherer Umgang mit der Transplantatniere und richtiges Verhalten nach Nierenspende
- 4f4 Lebensqualität an der Dialyse erhalten und verbessern
- 4f5 Wege zum Erhalt der Nierenfunktion erlernen

Orthopädie

- 4g1 Verbesserung der Gehfähigkeit, Gangsicherheit, Gehausdauer
- 4g2 Verbesserung der Koordination, Stabilität, Beweglichkeit der betroffenen Gelenke, Sturzprophylaxe, Bewegungsangst verringern
- 4g3 Allgemeine muskuläre Stabilisierung
- 4g4 Aktiv korrigierte Haltung

Sonstiges

Info an Krankengymnastik

KG im Wasser

sofort

ab _____

nein

Belastung

TB _____ Kg

Belastungssteigerung um
_____ kg/Wo ab _____

Schmerzlimitierte VB
ab _____ /sofort

HZ

Treppensteigen geübt am

Dat. HZ

Dat. HZ

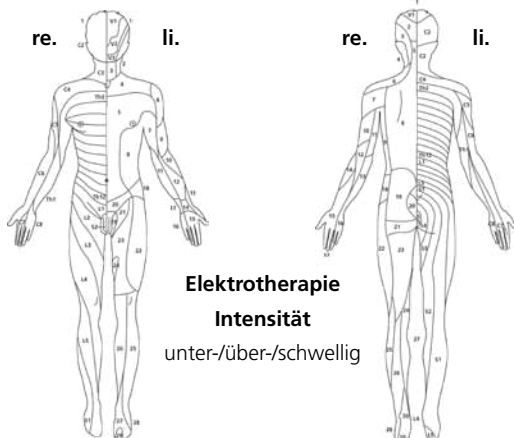
Dat. HZ

Dat. HZ

Dat. HZ

Dat. HZ

Info an Physikalische Therapie



Schrittmacher

Ja

Nein

Metallimplantate

Ja

Nein

Muskelsequenztraining MST in Raum B07

ohne Bauchübungen

Name Patient

Geräteeinweisung

Geräte Nr.	Bezeichnung	Einweisung 1 Datum / Handzeichen	Einweisung 2 Datum / Handzeichen
1	Twist Rumpfdrehung		
2	Push Up/Pull Down Ziehen/Drücken		
3	Optimal Rhomp Rudern		
4	Abdomen/Back Bauch-/Rückentrainer		
5	Leg Press Beinpresse		
6	Abduction/Adduction Abspreizen/Heranführen		
7	Pulley Hüftstrecker		

Freies Training und eigenständige Nutzung der Geräte im MST-Raum B07: ja nein

Hiermit bestätige ich, dass

- ich die vom Therapeuten festgelegten Widerstände auf der Chipkarte nur unter Aufsicht des Therapeuten verändern darf
- ich ausführlich in die Benutzung und den Einsatz der Trainingsgeräte eingewiesen wurde
- ich die Geräte nicht anders als vorgeschrieben nutzen werde
- ich bei Auftritt von Beschwerden das Training sofort abbrechen und das medizinische Hauspersonal informieren werde
- ich das selbstständige Training auf eigene Verantwortung und Risiko durchführe
- die Haftung für leichte Fahrlässigkeit ausgeschlossen ist, sofern diese keine Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit betreffen.

Datum

Unterschrift Patient

Name Patient: _____

Ergometertraining

Diagnosen

- Hypertonie
- KHK
- Rhythmusstörungen
- Diabetes Mellitus, Insulin
- Post OP
- Schrittmacher

Medikamente

- Betablocker o.ä.

max. Trainingsherzfrequenz: _____ / min.

HZ des Arztes: _____

Festlegung nur durch Arzt!

Datum	Startpuls	Warm-Up (Watt)	Trainings- belastung (Watt)	evtl. Steigerung (Watt)	Trainings- puls	Erholungs- puls	Fahrtzeit (min.)

Dokumentation durch Patientin / Patient

Bitte dokumentieren Sie selbstständig Ihre Aktivitäten in den unten aufgeführten Angeboten.

Fußföhlpfad					A580
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift
Freies Schwimmen					L551
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift
Freies Ergometertraining / Crosstrainer / Laufband / Handkurbelergometer / Bettfahrrad					L559
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift
Geföhrte Wanderungen					L559
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift
Röckenschule (freiwillig)					C651
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift
Aktiv Park	Einweisung am		HZ		C559
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift
MediJet					K642
Datum	Uhrzeit	Unterschrift	Datum	Uhrzeit	Unterschrift

Pflege KTL	Code	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ
Anleitung Medikamenteneinnahme	H660									
Anleitung Angehörige	H680									
Supportives Gespräch	H740									
Inhalation	K613									
Eistherapie	K561									
Hauttherapie	H622									
Enelbin-Umschlag	K712									
Fußpflege	H670									
Diabetes KTL	Code	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ
Diabetesberatung	H575									
Prüfung Spritztechnik	H630									
Prüfung Selbstmessung	H575									
Einzelschulung Typ 1	C691									
Einzelschulung Typ 2	C693									
Pumpeneinweisung	H575									
ärztlich zusätzlich	C552									
Diätberatung	M590									
Lehrküche allgemein	M621									
Fußberatung	H670									
Fußpflege	H670									
Pedografie	H670									
Weichschaumbettung	H670									
Psychologie KTL	Code	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ
Krisenintervention	G551									
Angehörigengespräch	C560									
Psychologische Kurzberatung	D579									
Kreatives Gestalten	Code	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ
Kreatives Gestalten	E651									
Krankengymnastik	Code	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ	Datum	Dauer	HZ
Sonstige Einzel-KG	B559									
Muskelsequenztraining	A561									

A:5 Min., B: 10 Min., C: 15 Min., D: 20 Min., E: 25 Min., F: 30 Min., G: 35 Min., H: 40 Min., K: 50 Min., M: 75 Min.

Laufzettel

In der *Physiotherapie* erhalten Sie:

Gegenstand	Ausgabe am / Signatur	Rückgabe am / Signatur
Thera-Band		
„Bettfahrrad“		
Nordic Walking Stöcke		
Chipkarte Motorschiene		
Chipkarte MST		
Brustgurt (Ergometer)		

An der *Rezeption* erhalten Sie:

Gegenstand	Ausgabe am / Signatur	Rückgabe am / Signatur
Chipkarte Velusjet		
Doppelstecker		
Fön		
Fahrradraum / Schlüssel		
Thermoskanne (Speisesaal)		
Tischlampe		
Wecker		
2. Zimmerschlüssel		
PFAND		

Badminton- und Tischtennisschläger, Bouleketten und Spiele erhalten Sie ebenfalls an der Rezeption.

Für einige Therapieeinheiten stellen wir leihweise bestimmte Artikel zur Verfügung. **Hierfür ist zu Beginn Ihres Aufenthaltes die Hinterlegung eines Pfandbetrages von EUR 50,- erforderlich (Rezeption).** Bitte geben Sie die Leihartikel vor Abreise in der jeweiligen Abteilung wieder ab. Der Pfandbetrag wird Ihnen bei Abreise wieder erstattet.

Laufzettel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gegen Hinterlegung eines Pfandbetrages von EUR 50,- an der Rezeption können Sie die folgenden Gegenstände leihweise erhalten.

Im Schwesternzimmer im Erdgeschoss C11 erhalten Sie:

Gegenstand	Ausgabe am / Signatur	Rückgabe am / Signatur
Fieberthermometer		
Messbecher		
Personenwaage		
Wärmflasche		
Bidetwanne		
Gummi-Sitzring		
Urinflasche		
Beinschiene		
Gehstöcke		
HWS-Kissen		
Rollator		
Rollstuhl		
Schuhlöffel		
Stufenbetteinsatz		
Keilkissen		

MEDICLIN

Staufenburg Klinik

Burgunderstraße 24

77770 Durbach

Telefon 07 81 473-0

Telefax 07 81 473-265

info.staufenburg@mediclin.de



**SCHWERPUNKT
ZENTRUM**
DIABETES
NEPHROLOGIE
ADIPOSITAS



www.staufenburg-klinik.de