

Vorstellung eines Patienten / einer Patientin

1. Medizinische Anamnese
1.1. Name
1.2. Alter in Jahren
1.3. Einweisungsdiagnose (Hauptdiagnose) 1.3.1. unklares Abdomen, Verdacht auf Herzinfarkt, Fraktur etc.
1.4. Hergang bis zur Einweisung 1.4.1. Verlegung, Notaufnahme, Terminaufnahme
1.5. Aufenthaltsdauer 1.5.1. seit heute, seit 10 Tagen, seit 4 Wochen etc.
1.6. Begleiterkrankungen (Nebendiagnosen) 1.6.1. zusätzliche: Diabetes mellitus, KHK, Carotisstenose, CVI
2. Diagnostik
2.1. Bisherige Diagnostik 2.1.1. Gastroskopie, Blutentnahmen, EKG, Röntgen, Histologie etc.
2.2. Gültige Diagnose 2.2.1. bestätigter Hinterwandinfarkt, akute Peritonitis
2.3. Geplante Diagnostik 2.3.1. Langzeit-EKG, Schädel-CT
3. Therapie
3.1. Medikamente 3.1.1. genaue Dosierung, Häufigkeit, mg-Angabe, Applikationsformen, spezielle Indikationen: z.B.: Vorlastsenkung, Fiebersenkung, Schmerztherapie
3.2. Operationen 3.2.1. spezielle OP-Verfahren
3.3. weitere Therapieverfahren und Erfolge der bisherigen Pflege und Therapie 3.3.1. Mobilisationsplan, Kostaufbau, Physiotherapie, ärztliche Verordnungen
4. Pflege
4.1. soziale Pflegeanamnese 4.1.1. (ehem. Beruf, Familienstand, häusliche Versorgung, Verwandte und Besucher, Neigungen, Bettenbelegung im Zimmer, Probleme mit Mitpatienten, soziale Probleme
4.2. Krankenbeobachtung (insbesondere in den letzten 24 Stunden) 4.2.1. Erbrechen, Diarrhoe, Temperatur, Blutdruck, Schmerzen, Sonden, Katheter, Verbände, Dekubiti, Hautveränderungen, Allergien etc.
4.3. Geplante Pflegemaßnahmen (mit Begründung) 4.3.1. Reihenfolge der Maßnahmen, Art der Körperpflege (Standard), Pflegeschwerpunkte, Ressourcen des Patienten, Prophylaxen, spezielle Pflege, Vorbereitung zu Operationen oder Untersuchungen