

## Gebrauchsanweisung Patientenbuch

Liebe/r Nutzer/in,

Zielsetzung dieses Patientenbuches ist es, die Zusammenarbeit aller, die an der Gesundheit des Patienten arbeiten, zu verbessern. Dadurch sollen Rehaerfolge des Patienten schneller erreicht werden. Das Patientenbuch fördert den Austausch zwischen allen am Rehaprozess beteiligten Personen. So können gemeinsame Ziele entwickelt, verfolgt und besser aufeinander abgestimmt werden. Betroffene bekommen einen Einblick in den Verlauf der Therapie und der Versorgung. Außerdem finden sie alle wichtigen Telefonnummern und Kontakte auf einen Blick.

### Für Patienten und Angehörige:

- Füllen Sie die Stammdaten selbst oder mit Hilfe aus. Im Falle einer gesetzlichen Betreuung, lassen Sie die entsprechende Seite von Ihrem Betreuer/in ausfüllen.
- Sammeln sie möglichst alle medizinischen Berichte (Arztbriefe, Rehaabschlussberichte, usw.) und heften Sie die Kopien in das Buch ein.
- Nehmen sie das Buch möglichst zu jeder Therapie mit.
- Bei Hausbesuchen legen sie das Buch bereit.
- Bitten Sie alle die Sie versorgen / behandeln (Therapeuten, Pflegedienste, Ärzte, usw.) regelmäßig in das Buch einzutragen und nachzulesen.

### Für alle Versorgenden und Behandelnden:

- Füllen Sie den für Sie relevanten Teilbereich so bald als möglich (spätestens nach dem 3. Kontakt) aus.
- Lesen Sie immer zuerst die wichtigen aktuellen Mitteilungen und machen sie gegebenenfalls dort selbst einen Eintrag (z.B. Pflege-, Therapie-, Medikationshinweise, Bitte um Rückruf, etc.). Versehen Sie den Eintrag mit Datum und Ihrem Namen.
- Schreiben Sie leserlich und leicht verständlich.
- Lesen Sie regelmäßig die Eintragungen in den anderen Bereichen.

**Da dieses Patientenbuch über Einzelheiten der Krankengeschichte Auskunft gibt, bestimmt der/die Patient/in oder, falls diese/r nicht wirksam einwilligen kann, der/die Betreuer/in, wer in dieses Buch Einsicht nehmen darf. Er/Sie bestimmt auch, in welchem Umfang Einsicht genommen werden darf. Dies ist sein/ihr Recht im Umgang mit seinen/ihren schützenswerten Daten. Für die Sicherheit und die Aufbewahrung des Buches trägt der Patient/in / Betreuer/in selbst Sorge, eine erhöhte Sorgfalt wird wegen der sensiblen Daten in diesem Buch empfohlen.**

**Die Nutzung des Patientenbuches ist für alle Nutzer freiwillig. Eine Beendigung der Teilnahme an dem Projekt „Patientenbuch“ ist jederzeit ohne negative Folgen möglich.**

Ich bin mit der Zielsetzung dieses Buches einverstanden

---

Ort / Datum / Unterschrift des einwilligungsfähigen Patienten / Klienten oder des Betreuers

## Inhaltsverzeichnis des Patientenbuches

Seite 1: Wichtige aktuelle Mitteilungen aus den einzelnen Bereichen

**(Bitte immer zuerst lesen!!!)**

Seite 2: Inhaltsverzeichnis

Seite 3: Stammdaten

Seite 4: Betreuung nach dem Betreuungsrecht / Vollmacht / Patientenverfügung

Seite 5: Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln / Medikamente / Allergien

Seite 6: Terminplanung / Wochenplan

Registerfarbe blau Teilbereich 1 : ärztliche / fachärztliche Versorgung

Registerfarbe grün Teilbereich 2 : Physiotherapie

Registerfarbe gelb Teilbereich 3 : Ergotherapie

Registerfarbe orange Teilbereich 4 : Logopädie

Registerfarbe rot Teilbereich 5 : Ambulante und stationäre Pflege

Registerfarbe blau Teilbereich 6 : Sonstige Therapieformen

Registerfarbe grün Teilbereich 7 : Neuropsychologie

Registerfarbe gelb Teilbereich 8 : Sozialdienst / Beratungsstelle / Sozialarbeit /  
Berufshelfer

Registerfarbe orange Teilbereich 9 : Einrichtung und „Sonstiges“

Deckelinnenseite: Wichtige Rufnummern und Notrufnummern auf einen Blick

Die Gebrauchsanweisung für das Patientenbuch liegt als vorderste Seite dem Buch bei.

**Wichtige aktuelle Mitteilungen aus den einzelnen Bereichen**  
**(Bitte immer zuerst lesen!!!)**

**Stammdaten**

**Vor- und Familienname:**

**Geburtsdatum:**

**Fam.-stand:**

**Anschrift:**

**Tel.nr.:**

**Mobiltelefon:**

**Faxnr.:**

**Internetadresse:**

**Pflegestufe:**

**GdB/Merkzeichen (Bescheid beilegen!):**

**wichtige Bezugspersonen:**

**Betreuer nach dem Betreuungsgesetz / Bevollmächtigter (Adresse, Tel.-nr.):**

**Hausarzt (Adresse, Tel.-nr., Praxis):**

**Facharzt (Adresse, Tel.-nr., Praxis):**

**Krankenversicherung (Adresse, Tel.-nr., evtl. Ansprechpartner):**

**Fahreignung überprüft? (wenn ja: wie?):**

**Diagnosen (mit Datum des Ereignisses / Krankheit) - bitte vollständige Angaben (auch Rückseite nutzen)! – Bitte auch besondere Informationen (z. B. MRSA):**

**Versorgung mit Medikamenten und Hilfs- / Heilmitteln / Allergien / stationäre Aufenthalte**

**Einzunehmende Medikamente:**

**Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor? (jährlich einzutragen und anzukreuzen)**

Ja, bis:

Nein:

**Hilfsmittelversorgung (welche / von welcher Firma mit Adresse + Tel.-nr.):**

**Heilmittelversorgung (welche Therapien / durch wen / Adresse + Tel.-nr.):**

**Allergien:**

**Aufenthalte im Akutkrankenhaus und erfolgte Rehamassnahmen, Kopie der Rehaberichte beilegen (oder angeben, wo erhältlich?) – (auch Rückseite nutzen):**  
Akutkrankenhaus:

Reha (Name der Einrichtung, Ort, Dauer - von wann bis wann?):

**Betreuung nach dem Betreuungsrecht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung**  
**/ Vorsorgevollmacht**

Betreuung:	ja	nein	beantragt	
Vorsorgevollmacht:	ja	nein		zutreffendes bitte ankreuzen!
Patientenverfügung:	ja	nein		
Betreuungsverfügung:	ja	nein		

**Aktuelle Zielsetzung / Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**Name des Betreuers / Bevollmächtigten / Tel. / Büro / Anschrift:**

**Umfang der Betreuung / Aufgabenbereiche des Betreuers (Betreuerausweis oder Bescheid des Gerichtes bitte in Kopie beilegen):**

**Zuständiges Amtsgericht:**

**Dauer der Betreuung:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**Patientenverfügung / Betreuungsverfügung besteht für folgende Bereiche (bitte in Kopie beilegen und angeben welche Person zuständig ist):**

**Vorsorgevollmacht besteht für folgende Bereiche (bitte in Kopie beilegen):**



**Teilbereich: ärztliche / fachärztliche Versorgung**

**Aktuelle Zielsetzung:**

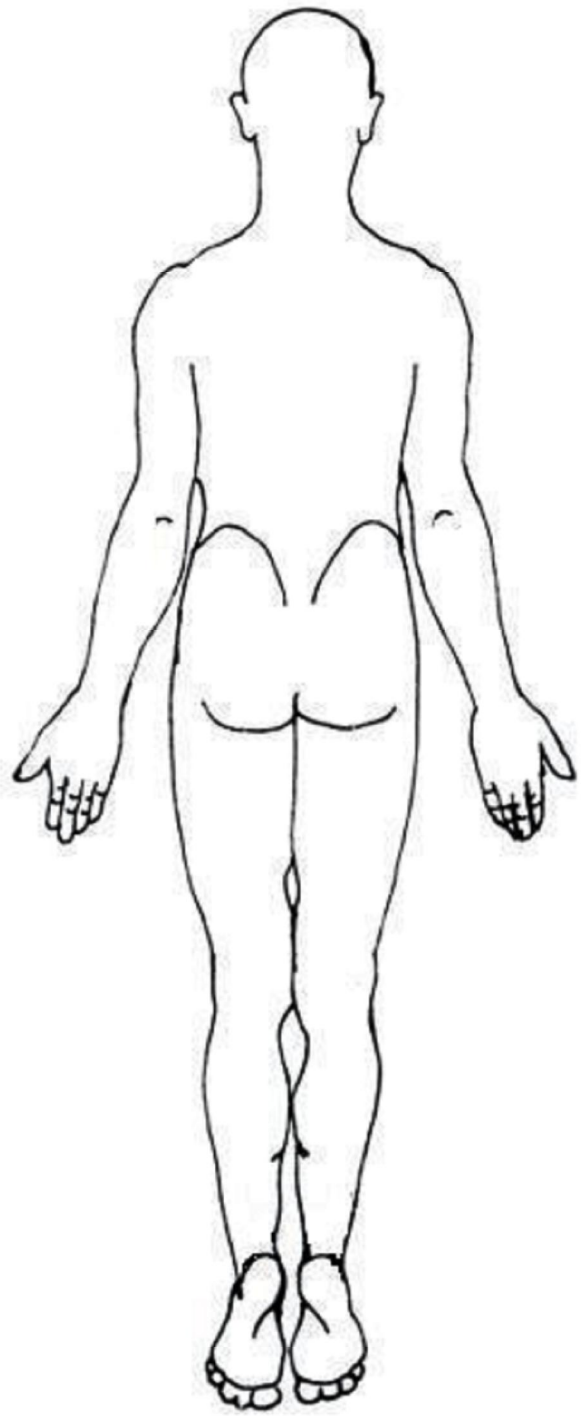
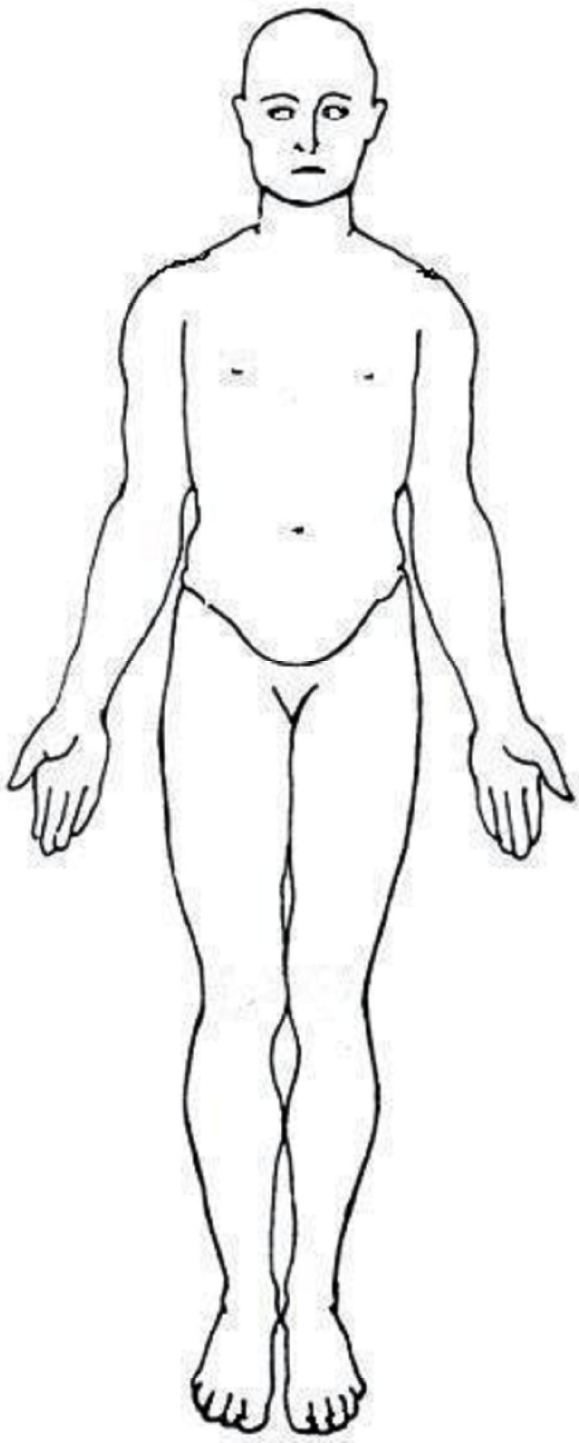
**Ärztliche Zielsetzung (bitte von Haus- und Facharzt auszufüllen):**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**Befunde / Einschätzung (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**





**Teilbereich: Physiotherapie**

**Aktuelle Zielsetzung:**

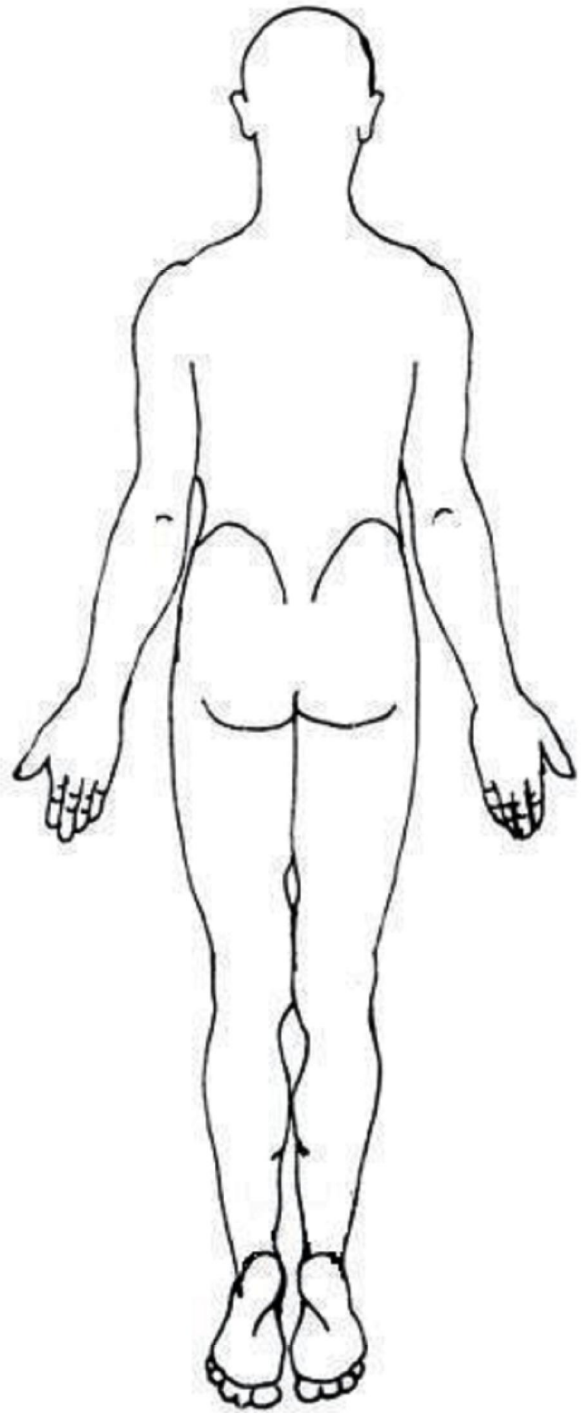
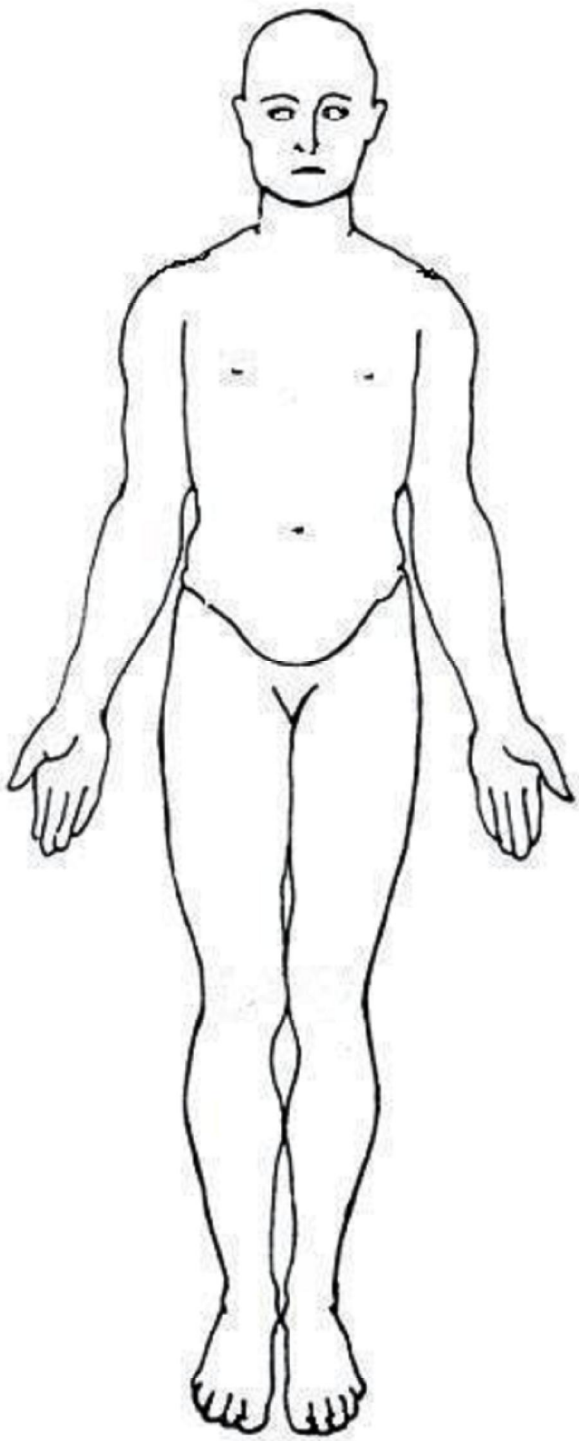
**Name des aktuellen Therapeuten (Tel. / Adresse / Praxis):**

**Zielsetzung des Therapeuten:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**fachtherapeutische Befundung (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**



**Teilbereich: Ergotherapie**

**Aktuelle Zielsetzung:**

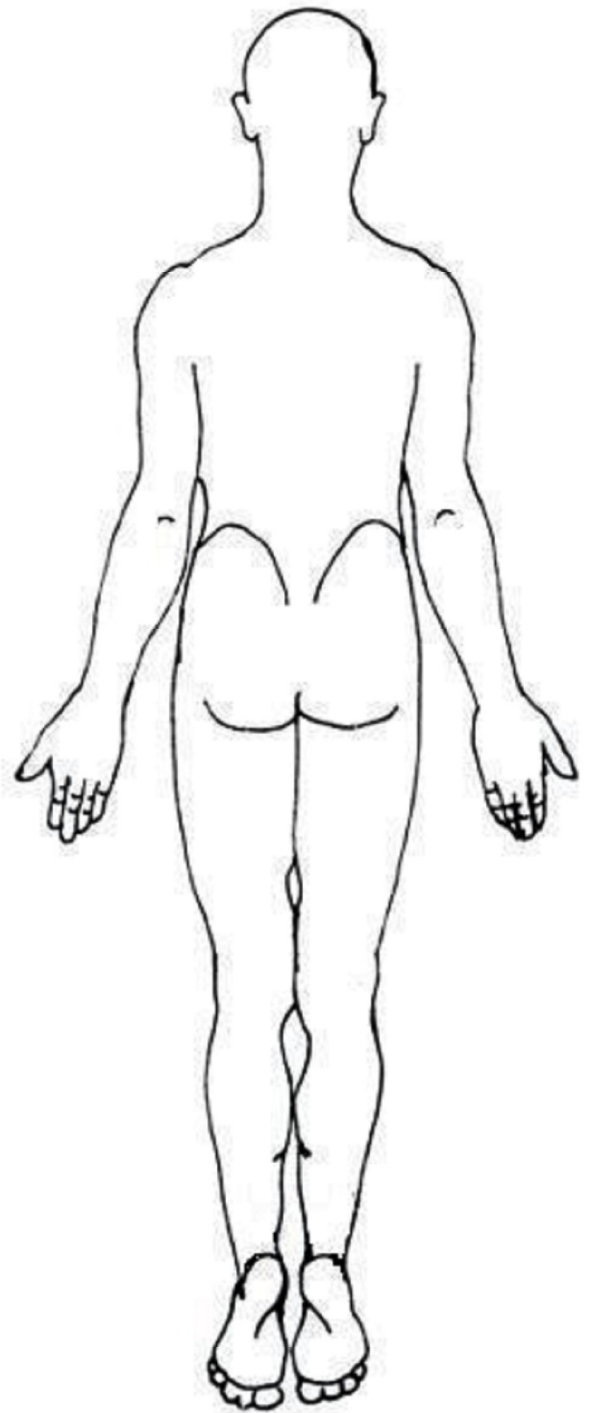
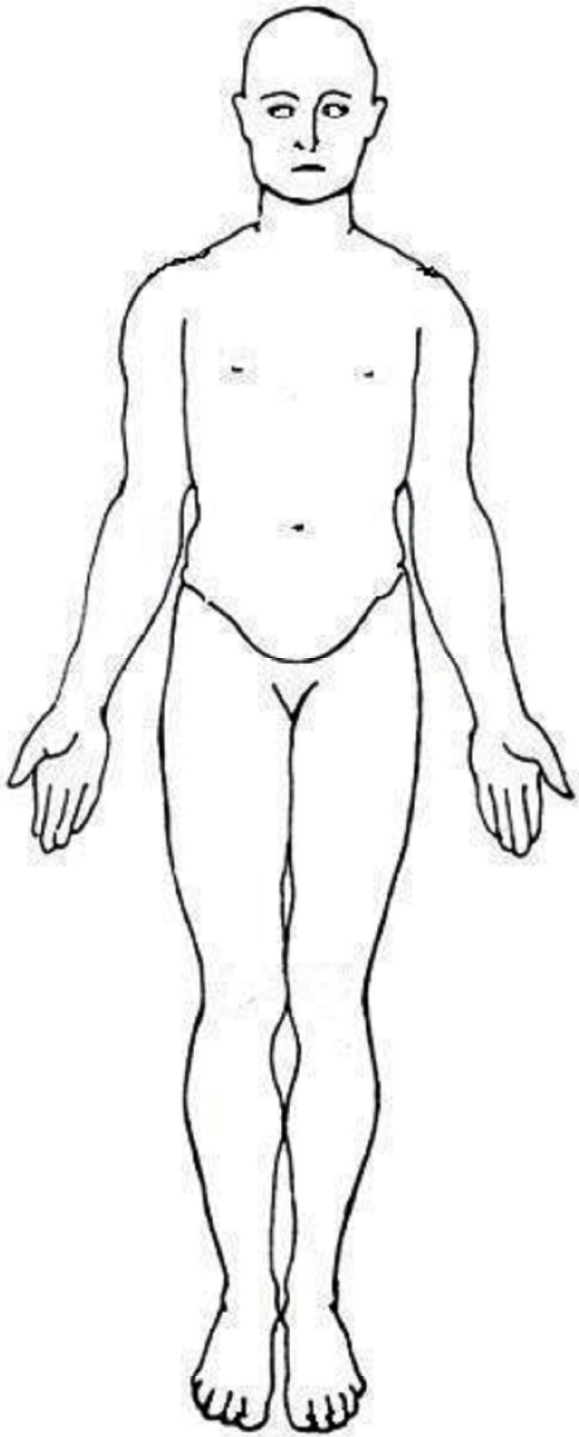
**Name des aktuellen Therapeuten (Tel. / Adresse / Praxis):**

**Zielsetzung des Therapeuten:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**fachtherapeutische Befundung (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**



**Teilbereich: Logopädie**

**Aktuelle Zielsetzung:**

**Name des aktuellen Therapeuten (Tel. / Adresse / Praxis**

**Zielsetzung des Therapeuten:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**fachtherapeutische Befundung (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**

**Teilbereich: Ambulante und stationäre Pflege (auch Rückseite nutzen!)**

**Aktuelle Zielsetzung:**

**Diensthabende Pflegefachkräfte (Pflegefachkraft / Tel. / Pflegedienst / Ansprechpartner):**

**Zielsetzung des Pflegedienstes / der Pflegestation:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Besuche / Kontakte:**

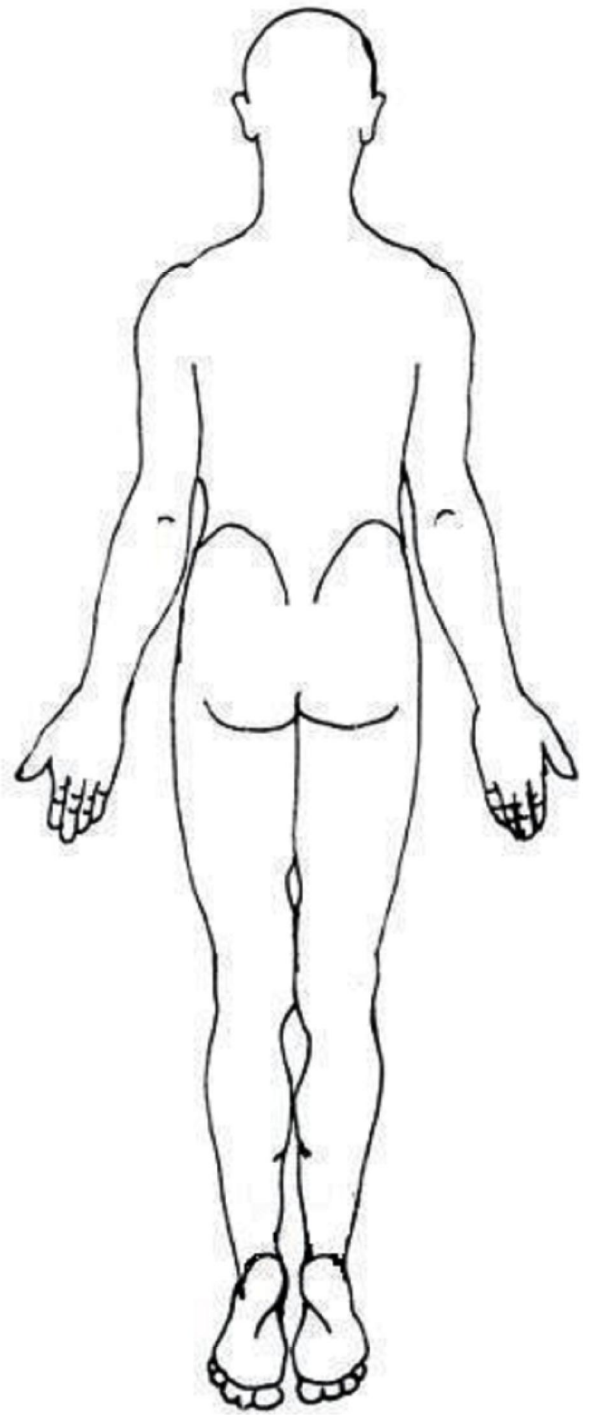
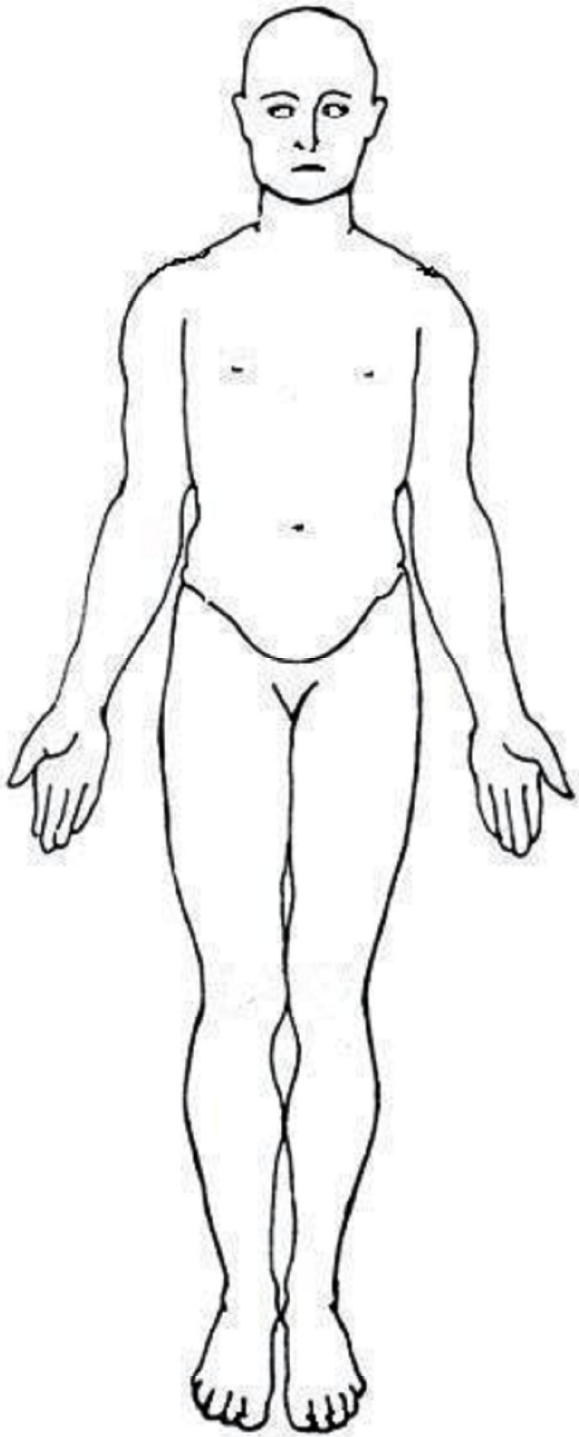
**Lagerung (z.B. nach Bobath? – Hochlagern? ...etc. – warum wird wie gelagert?):**

**Mobile Fähigkeiten (z.B. Qualität und Ausmaß/Quantität, z.B. sitzen, laufen, mit Hilfe, selbständig, wie lange durchgeführt? – wie oft? etc.):**

**Transfer (z.B. mit Hilfsmittel? – mit wievielen Pflegekräften? – etc.):**

**Ernährung (oral ernährt?; Kost passiert / angedickt?; Flüssigkeit ja / nein?; etc.) :**

**fachpflegerische Beurteilung des Pflegebedarfes (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**





**Teilbereich: sonstige Therapieformen**

**Aktuelle Zielsetzung:**

**Name des aktuellen Therapeuten (Tel. / Adresse / Praxis**

**Zielsetzung des Therapeuten:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**fachtherapeutische Befundung (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**

**Teilbereich: Neuropsychologie / Psychologie**

**Aktuelle Zielsetzung:**

**Name des aktuellen Therapeuten (Tel. / Adresse / Praxis):**

**Zielsetzung des Therapeuten:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**fachtherapeutische Befundung (incl. Stärken und Schwächen des Patienten – in knappen Sätzen!):**

**Teilbereich: Sozialdienst / Beratungsstelle / Sozialarbeit / Berufshelfer**

**Aktuelle Zielsetzung:**

**Ansprechpartner im Sozialdienst / Beratungsstelle / BG (Tel. / Adresse / Träger):**

**Zielsetzung des Dienstes / Beratungsstelle / BG:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**aktuelle Frequenz der Kontakte:**

**fachliche Einschätzung (incl. Stärken + Schwächen des Pat. – in knappen Sätzen!):**

**Teilbereich: Einrichtung / Sonstiges**

**Aktuelle Zielsetzung:**

**Name des Ansprechpartners (z.B. aktueller Gruppenleiter / Tel. /Adresse / Grp.-name):**

**Zielsetzung der Einrichtung, der Therapeuten, der Fachkräfte:**

**Zielsetzung des Betroffenen/Angehörigen:**

**fachliche Einschätzung (incl. Stärken + Schwächen des Pat. – in knappen Sätzen!):**

(Vorderdeckelinnenseite)

**Wichtige Rufnummern und Notrufnummern auf einen Blick**

**Notruf 112**

**Ärztlicher Notdienst 19222**

**Hausarzt:**

**Wochenend- und Feiertags-Notdienstzentrale:**

**Rettungsdienst:**

**Pflegedienst:**

**Betreuer nach dem Betreuungsgesetz / Bevollmächtigter:**

**Angehörige:**

**Sonstige:**