



# Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## Inhaltsverzeichnis OP Mappe

- 1. Zentrum für rekonstruktive Fußchirurgie:** Terminbestätigung, Information für die Operationsvorbereitung/Organisation für Sie als Patient.
- 2. Private Zusatzversicherung:** Fragebogen bezüglich Ihres Versicherungsstatus bei stationärem Aufenthalt.  
**Bitte ausfüllen und bis spätestens 3 Wochen vor OP an uns zurück.**
- 3. Ausfallspauschale:** Information über Vorgehen bei Operationsabsage Ihrerseits.  
**Bitte ausfüllen und bis spätestens 3 Wochen vor OP an uns zurück.**
- 4. Aufnahme-Screening / MRSA Fragebogen:**  
**Falls eine Frage mit Ja** beantwortet ist, muss bei Ihnen **vorab ein Abstrich auf MRSA** durchgeführt werden. Dieser kann in der Hofgartenklinik oder bei Ihrem Hausarzt durchgeführt werden.  
**Bitte ausfüllen und bis spätestens 3 Wochen vor OP an uns zurück.**
- 5. Protokollblatt zur Befunddokumentation:** OP Vorbereitung bei Ihrem Hausarzt bitte innerhalb 14 Tage vor Operation ausfüllen lassen und mit zu Ihrem Narkosearzt nehmen.
- 6. Anästhesieaufklärung:**  
Dieses Formular bitte ausgefüllt mit zu Ihrem Narkosearzt nehmen.
- 7. Information für nach der Entlassung / Nachsorgeplan:**  
Information zur Verhaltensweise nach der stationären Entlassung
- 8. Verbandsanleitung**
- 9. Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt**

**ACHTUNG!! Bei einer Corona Erkrankung müssen 7 Wochen von der Freitestung bis zum OP Termin vergangen sein.**

## Information zu Verordnungen

Ärztliche Verordnungen müssen lt. § 12 SGB V zweckmäßig, wirtschaftlich und ausreichend sein. Bei Nichteinhaltung drohen dem Arzt Regressforderungen.

**Deshalb sind alle Fahrten selbst zu organisieren und Bescheinigungen für Haushaltshilfe oder Hausbesuche werden NICHT ausgestellt.**

# Zentrum für rekonstruktive Fusschirurgie

Sehr geehrte/r Patient/in

Wir bestätigen hiermit den geplanten Operationstermin bei Dr. Klaus Fecher

für den \_\_\_\_\_ in der folgenden Klinik:

## **Hofgartenklinik Aschaffenburg**

Hofgartenstraße 6  
63739 Aschaffenburg

**Tel.: 06021-30 31 86**

[www.hofgartenklinik.de](http://www.hofgartenklinik.de)

Die **Aufnahmeuhrzeit** bekommen Sie bei dem Coronaabstrich mitgeteilt.

Die **Entlassung** erfolgt 2 Nächte nach OP Tag, morgens ca. 9:00-10:00 Uhr.

### **Bitte vereinbaren Sie bis**

**spätestens 2 Wochen vor OP ALLE unten aufgeführten Termine selbstständig!**

#### **1. Narkosearztpraxis**

Hofgartenklinik Aschaffenburg

Praxis Dres. med. Schmidt/ Heppe/ Schwagmeier

**Tel.:06021-30 32 00**

#### **2. Coronaabstrichstelle**

Hofgartenklinik Aschaffenburg

**Tel: 06021 303 339**

täglich telefonisch erreichbar zwischen 15:30-17:30 Uhr

#### **3. OP Vorbereitung bei Ihrem Hausarzt**

Formular und Überweisung für die OP Vorbereitung anbei.

#### **4. Verbandswechsel**

2x wöchentlich für 3 Wochen, Termine fest vereinbaren.

#### **5. Lymphdrainage in einer Physiopraxis**

2x wöchentlich je 30 min für 3 Wochen Termine fest vereinbaren.

#### **6. Kontrollen nach der Operation**

3 Wochen und 12 Wochen nach Operation in unserer Praxis Dr. Fecher und Kollegen. Bei gelenkversteifender Operation zusätzlich 6 Wochen nach Operation.

#### **7. Rezept für Verbandschuh**

Bitte das Rezept im Sanitätshaus vorab einlösen und den Schuh mit in die Klinik bringen.



Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## **Private Versicherung für stationären Aufenthalt**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Ich habe eine private stationäre Zusatzversicherung für**

Chefarztbehandlung           

Einbettzimmer                   

Zweibettzimmer                

Ich habe keine stationäre Zusatzversicherung           

**Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_



Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## Ausfallpauschale

Name, Vorname, geb. Datum: \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass mir im Falle einer kurzfristigen Absage des vereinbarten OP-Termins von weniger als **14 Tagen** eine Ausfallpauschale in Höhe von 350,00 Euro in Rechnung gestellt wird.

Nur gesundheitliche Gründe, die durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden, rechtfertigen eine kurzfristige OP-Absage.

Aschaffenburg, den: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

**Medikationsplan**

Patientenaufkleber oder

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_

**Im Falle, dass vom Hausarzt kein Medikationsplan mitgegeben wurde, tragen Sie hier bitte die verordneten Medikamente ein.**

**Die Angaben über Ihre Medikamente müssen aktuell und vollständig sein.**

Patient wurde über die Medikamentengabe und -einnahme informiert

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf	Einheit	Hinweise	Grund

**Patientenfragebogen – MRSA/MRGN-Screening**

Sehr geehrte/r Patient/in,  
 Jeder Mensch ist natürlicherweise mit sehr vielen verschiedenen Bakterienarten auf der Haut und den Schleimhäuten besiedelt. Diese Keime dienen größtenteils dem Schutz unserer Gesundheit. Die Besonderheit liegt darin, dass ein Teil dieser Bakterien besondere Resistenzen gegenüber Antibiotika entwickelt haben (z.B. MRSA, MRGN). Eine Besiedlung mit diesen multiresistenten Erregern (MRE) bleibt oft unbemerkt, könnte jedoch im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff evtl. zu einem erhöhten Infektionsrisiko und einer Weiterverbreitung dieser MRE führen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

**Sollten sich bis zum Aufnahmetage Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, so teilen Sie dies bitte unverzüglich Ihrem Operateur und der Klinik mit, damit entsprechende notwendige Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können!**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ist oder war bei Ihnen eine Infektion/Besiedelung mit einem multiresistenten Erreger (MRE) bekannt? Wenn ja bitte angeben:  
 Welcher Erreger? \_\_\_\_\_

Wann festgestellt? \_\_\_\_\_

Sanierung/Behandlung erfolgt? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie engen Kontakt (mindestens 24 h) zu Angehörigen, bei denen eine Infektion/Besiedelung mit MRE festgestellt wurde?

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zum Gesundheitswesen im Ausland (Süd-/Südosteuropa, Naher Osten, Asien, Afrika, Südamerika)?

Hatten Sie während eines Krankenhausaufenthaltes Kontakt zu MRE Trägern (gleiches Zimmer >24h)?

Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten länger als drei zusammenhängende Tage stationär im Krankenhaus?

Leben Sie in einer Gemeinschaftseinrichtung z.B. Senioren-, Pflegeheim, Langzeit-Pflegeeinrichtung?

Sind Sie in einem Betrieb zur landwirtschaftlichen Tiermast tätig oder haben regelmäßigen Kontakt dazu?

Haben Sie offene chronische Wunden, z.B. Ulcus, Gangrän, Dekubitus, Weichteilinfektionen etc.?

Sind Sie Dialysepatient?

Liegen bei Ihnen **zwei oder mehr** der folgenden Risikofaktoren vor? (Bitte zutreffende ankreuzen!)

chronische Pflegebedürftigkeit (z.B. Inkontinenz, Pflegestufe/Pflegedienst, Immobilität)?

Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten?

liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle, Schmerzkatheter)

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

**Die Erhebung hat keine Risikofaktoren ergeben. Abstrich nicht notwendig!**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

**Bei bereits einer positiven Bewertung ist ein Screening erforderlich! Nasen- und Rachenabstrich!**

**Abstrich wurde durchgeführt am:** \_\_\_\_\_

Ergebnis  positiv  negativ\*

\*neuer Abstrich, wenn Aufnahme nach > 6 Wochen

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift anweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Handzeichen Durchführende/r: \_\_\_\_\_

**Vorgehen bei positivem MRE-Nachweis**

keine OP  
 Sanierung und erneuter Test

Unterschrift verantwortlicher Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

<b>Absender: (Praxisstempel)</b>
<b>Tel.:</b>
<b>Fax.:</b>



HOFGARTENKLINIK

## Untersuchungsanforderung

**Befund an Praxis**

**Rechnung an**

**Bergman Deutsche Klinik Aschaffenburg GmbH**

## Abstrich MRSA

Entnahmestelle:  Rachen  Nase

Abnahmedatum:

**Empfänger:**

**Praxis Dr. med. Th. Müller**

**Knodestr. 3**

**63741 Aschaffenburg**

**Tel.: 06021 / 429440**

**Fax: 06021 / 4294410**



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Stempel des Arztes

**An die Anästhesieabteilung des Krankenhauses**

---



---

## Protokollblatt zur Befunddokumentation im Rahmen der Anästhesievorbereitung

Diagnose: \_\_\_\_\_

geplanter Eingriff: \_\_\_\_\_

**A)**  
**Frühere Narkosen, einschl. evtl. Komplikationen**  
(z. B. Intubationserschwerms, Kreislaufstillstand, verlängerte Wirkung von Narkotika und Muskelrelaxantien, Transfusionskomplikationen, maligne Hyperthermie)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**B)**  
**Körperlicher Gesamtstatus:**

**1) Allgemeinzustand:** \_\_\_\_\_  
(Blutdruck, Puls, Gewicht, Größe)

\_\_\_\_\_

**2) Kopf/Hals:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3) Thorax/Herz/Kreislauf:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4) Abdomen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5) Bewegungsapparat:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6) ZNS/Psyche:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7) Sonstiges:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**8) Allergien:**

z. B. Medikamente, Nahrungsmittel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9) Andere Erkrankungen:**

z. B. Infektionen (TB etc.), endokrinologische Störungen, Myasthenia gravis, multiple Sklerose, Glaukom, Blutungsneigung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C)**

**1) Regelmäßige Medikamenteneinnahme**

(einschl. Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Laxantien, Ovulationshemmer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2) Nikotin- und Alkoholkonsum**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3) Besteht eine Gravidität?**

\_\_\_\_\_

**D) Aktuelle Befunde**

**1) Grundprogramm**

(grundsätzlich für jede Anästhesie erforderlich)

**Laboratoriumsuntersuchungen**

Hb oder Hk \_\_\_\_\_

Blutzucker \_\_\_\_\_

SGPT \_\_\_\_\_

Gamma-GT \_\_\_\_\_

Urinstatus \_\_\_\_\_

Kalium \_\_\_\_\_

Natrium \_\_\_\_\_

Kreatinin \_\_\_\_\_

Bilirubin \_\_\_\_\_

Gerinnungsstatus (Quick, PPT, Thrombozyten) \_\_\_\_\_

**EKG-Befund\*) vom** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Röntgen-Thorax:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Röntgenaufnahmen und EKG im Original beifügen**

**2) Erweitertes Programm**

(je nach Anforderung des Anästhesiologen oder des Operateurs)

**Laboratoriumsuntersuchungen**

Großes Blutbild \_\_\_\_\_

Gesamteiweiß \_\_\_\_\_

Blutgruppe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E) Gesamtbeurteilung:**

Narkose und Operationsfähigkeit:  Gegeben  eingeschränkt gegeben \*  Nicht gegeben \*

\* Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*) In jedem Falle sind 12 Ableitungen erforderlich.

Standard, Goldberger- und Brustwandableitungen grundsätzlich mit Belastungs-EKG; Ruhe-EKG ohne Belastung, wenn dadurch allein ein pathologischer Befund ausreichend diagnostisch gesichert erscheint.



# Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

## Informationen für nach der Entlassung/Nachsorgeplan

Sie erhalten nach der Operation in der Klinik **folgende Rezepte:**

- 1 Rezept über Thromboseprophylaxe /Clexane 20 mg
- 1 Rezept über 2 verschiedene Schmerzmittel
- 1 Rezept über Manuelle Lymphdrainage
- 1 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorerst über 3 Wochen

### **Thromboseprophylaxe**

→ täglich 1 Spritze immer um die gleiche Uhrzeit selbstständig injizieren.

### **Schmerzmittel**

- reines Bedarfsmedikament, Einnahme nur bei Schmerzen.
- Voltaren/ Diclofenac 50mg , 1-3 Tabletten täglich möglich.
- Novalgin Tropfen 20 Tropfen alle 3 Stunden möglich.

### **Manuelle Lymphdrainage je 30 Minuten**

→ 2x wöchentlich insgesamt 6 Anwendungen, ab dem 3-4 postoperativen Tag beginnen.

### **Verbandswechsel**

→ 2x wöchentlich insgesamt 5-6, ab dem 3-4 postoperativen Tag beginnen.

### **Verbandsschuh**

- den Verbandsschuh entsprechend Ihrer Fußoperation tragen
- bei gelenkerhaltender Operation 3 Wochen Verbandsschuh
- bei gelenkversteifender Operation 6 Wochen Vorfußentlastungsschuh

Legen Sie Ihren operierten Fuß konsequent hoch und kühlen ihn zwischendurch im hinteren Bereich/Sprungelenk, NICHT direkt auf der Wunde kühlen.  
Zu langes Sitzen, Stehen und Laufen kann zum Anschwellen des Fußes führen und die Wundheilung verzögern.  
Ziehen Sie zum Laufen stets den vom Operateur verordneten Verbandsschuh an.  
Das Gehen mit Gehstützen ist nicht erforderlich und sollte vermieden werden.

Falls keine Schmerzlinderung eintritt, so kann der obere Verband gelockert werden und in dringenden Fällen am Wochenende unter folgender **Notfallnummer** angerufen werden **0174 130 55 24**.



Dr. med. Klaus Fecher

PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE & SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

0 60 21 / 58 03 10

## Spezialverband nach Vorfußoperation



10 x 10 cm Mullkomresse (12fach) interdigital mit leichtem Zug nach medial einlegen,



jeweils 1 Komresse mit einer Umwicklung der Mullbinde fixieren / anschließend mit Watte im Bereich des Sprunggelenkes polstern,



Abschließend Kompressionsverband mit elastischer Binde (140 % Dehnung) über die Ferse bis zum Unterschenkel wickeln. **Alle Zehen müssen sichtbar sein!**



Dr. med. Klaus Fecher

PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE & SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

0 60 21 / 58 03 10

## Fragebogen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen für die Teilnahme an dieser Befragung. Ihre Meinung ist uns wichtig. Uns interessiert Ihr Gesamteindruck zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt.

Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am Besten beschreibt.

Dabei bedeutet 1 die schlechteste Bewertung und 6 die beste Bewertung.

In welchem Krankenhaus wurden Sie operiert?

- Atlas Sportklinik Großwallstadt Station \_\_\_\_\_
- Hofgartenklinik Aschaffenburg Station \_\_\_\_\_
- Lahn-Dill-Klinik Dillenburg Station \_\_\_\_\_

	1 (gar nicht)	2	3	4	5	6 (ja, sehr)
Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die Pflegekräfte berücksichtigt? (Gabe der Schmerzmedikamente, Auflegen von Eispackungen usw.)						
Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?						
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Krankenhaus?						
Wie empfanden Sie die Unterbringung?						
Verlief die Aufnahme ins KH zügig und reibungslos?						
Wie gut war die Entlassung durch das KH organisiert?						
Würden Sie diese KH Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?						

Bitte die Rückseite beachten 



**Dr. med. Klaus Fecher**

PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE & SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

0 60 21 / 58 03 10

## Fragebogen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

Wenn Sie im Krankenhaus etwas verbessern könnten, was wäre es?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ihre Daten werden anonym ausgewertet und streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!