

Antwortfax zur Planung einer Patientenübernahme



Tel. 0176 10041004

Fax 033204 22001

<p><u>Patient</u></p> <p>Name: Vorname: Geb. Adresse:</p> <p>Krankenkasse:</p> <p>Größe: <input type="checkbox"/> Betreut Gewicht: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht</p>	<p><u>Kontaktperson / Betreuer(in)</u></p> <p>Name: Vorname: Tel: Adresse:</p>
<p><u>Beatmung</u></p> <p>Beatmet seit: __ . __ .20__</p> <p><input type="checkbox"/> Invasiv:</p> <p><input type="checkbox"/> über Tracheostoma vom: __ . __ .20__ <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> über Tubus <input type="checkbox"/> NichtInvasiv: <input type="checkbox"/> Nasenmaske <input type="checkbox"/> FullFace <input type="checkbox"/> TotalFace <input type="checkbox"/> Pillow, sonstige</p> <p>Beatmungsform: <input type="checkbox"/> kontrolliert <input type="checkbox"/> assistiert <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Bisherig maximale Spontanatemzeit:</p> <p><input type="checkbox"/> an feuchter Nase <input type="checkbox"/> an Sprechventil <input type="checkbox"/> am Ventilator</p>	<p><u>Medizinische Versorgung</u></p> <p>Überweisendes Krankenhaus:</p> <p>Station: Tel.</p> <p>Hausarzt: Tel. Adresse:</p> <p><u>Vorbestehende Beatmungsindikation?</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> noninvasiv</p>
<p><u>Labor</u></p> <p>CRP: (mg/l – mg/dl) Hb: (mmol/l//mg/dl) Kreatinin: (mg/dl - µmol/l)</p> <p><u>Letzte BGA:</u></p> <p>pCO₂ spontan: (mmHg - kPa) HCO₃ oder BE: (mmol/l) pCO₂ beatmet: (mmHg - kPa) pO₂: (mmHg - kPa) bei FiO₂:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Sedierung</p>	<p><input type="checkbox"/> sonstigen Beatmungsgrund angeben:</p>
<p>Problemkeime (MRGN, VRE oder MRSA)? Wo abgestrichen?</p>	

Antwortfax zur Planung einer Patientenübernahme



Tel. 0176 10041004

Fax 033204 22001

- Venöse Zugänge: Venüle ZVK
 Arterieller Zugang:
 Vigilanz: RASS
 Dialysepflicht: Akutdialyse Chronische Dialyse

- Pflege:
 Ernährung peroral über Sonde PEG PEJ
 bekannte Dysphagie

- bereits mobilisiert im Bett außerhalb des Bettes

- Blasenkatheter suprapubischer Katheter
 Häufige Diarrhoe Fäkalkollektor
 Dekubitus benötigt Wechseldruckmatratze

Diagnosen + relevante Komorbiditäten, die bei der Aufnahme in das Weaning-Zentrum schon vorlagen oder sich im Verlauf des Weaning-Prozesses entdeckt wurden / entwickelt haben

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Interstitielle Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Linksherzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Thorakorestriktive Erkrankung	<input type="checkbox"/> Arterieller Hypertonus
<input type="checkbox"/> CIP/CIM	<input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Immunsuppression (AIDS)	<input type="checkbox"/> Onkologische / Hämatologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/> Delir	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Sonstige

Sonstige bitte angeben:

<u>Wohnung vor der akuten Erkrankung:</u>	<input type="checkbox"/> Häusl. Umgebung selbständig	<input type="checkbox"/> Häusl. Umgebung mit Hilfe
	<input type="checkbox"/> Häusl. Umgebung mit Pflege	<input type="checkbox"/> Heim/Pflegeheim
	<input type="checkbox"/> Langzeit Beatmungseinrichtung	

<u>ECOG vor der akuten Erkrankung:</u>	<input type="checkbox"/> 0 – normale Leistung	<input type="checkbox"/> 1 – ambulante Betreuung, eingeschränkte Leistung, leichte Arbeiten möglich
	<input type="checkbox"/> 2 – gehfähig, weniger 50% des Tages bettlägerig, Selbstversorgung möglich, nicht arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> 3 – mehr als 50% des Tages bettlägerig, begrenzte Selbstversorgung möglich
	<input type="checkbox"/> 4 – ständig bettlägerig, pflegebedürftig	