

Per Fax: 02972 / 791 393000

Patientenanmeldung Weaning/Früh-Rehabilitation

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir bitten Sie um ein paar wichtige Vorabinformationen, um ihre Anfrage zur Übernahme eines Beatmungspatienten zum Weaning oder in die Früh-Rehabilitation möglichst zeitnah beantworten zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Getrey

Kontaktdaten: Tel.: 02972 / 791 3000
Fax: 02972 / 791 393000

Zentrale:
Telefon: 02972 791-00
Telefax: 02972 791-1155

Pneumologie I
Schlaf- und Beatmungsmedizin
Intensivmedizin mit
Frührehabilitation
Kommissarische Leitung
Dr. med. K. Siemon
Telefon: 02972 791-2501
Telefax: 02972 791-2526
E-Mail: k.siemon@fkkg.de

Pneumologie II
Allgemeine Pneumologie,
Innere Medizin
CA Dr. med. P. Haidl
Telefon: 02972 791-2501
Telefax: 02972 791-2526
E-Mail: p.haidl@fkkg.de

Allergologie
Atemwege, Haut,
Gastrointestinaltrakt
CA Dr. med. M. Wenzel
Telefon: 02972 791-2601
Telefax: 02972 791-2602
E-Mail: m.wenzel@fkkg.de

Kardiologie, Innere Medizin
CA Dr. med. C. Berndt
Telefon: 02972 791-2501
Telefax: 02972 791-2526
E-Mail: c.berndt@fkkg.de

Geriatrie
CA Dr. med. J. Mezrhob
Telefon: 02972 791-2501
Telefax: 02972 791-2526
E-Mail: j.mezrhob@fkkg.de

Intensiv

Frührehabilitation

Klinik mit Sitz/Ort _____

Überleitende Intensivstation

Internistisch

Anästhesiologisch

Neurologisch

Interdisziplinär

Chirurgisch

Keine

Sonstige

Kontaktperson/Arzt _____ Tel.: _____

Kontaktperson/Pflege _____ Tel.: _____

Ihre Faxnummer _____

Telefonnummer Ihrer Aufnahmeabteilung: _____



Personalien des Patienten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Krankenversicherung: _____

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung gesetzliche Betreuung

Besonderheiten: _____

(Kopien der Urkunden bitte beilegen!)

Kontakt Daten der nächsten Angehörigen: _____

Hauptdiagnosen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akut exacerbierte COPD | <input type="checkbox"/> neuromuskulär (akut auf chronisch) |
| <input type="checkbox"/> postoperative ARI | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Trauma/Verbrennung |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> thorakorestriktiv (akut auf chronisch) |
| <input type="checkbox"/> Obesitashypoventilation (akut auf chronisch) | <input type="checkbox"/> ALI/ARDS |
| <input type="checkbox"/> Sepsis | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Nebendiagnosen:

- | | | |
|--|--|---|
| <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 | <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"/> Immunsupp./ARDS | <input type="checkbox"/> onkol./hämatol. Erkrankung | <input type="checkbox"/> pulmonale Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Zusätzliche Alkoholerkrankung? Ja Nein

Rauchen? Ja Nein Ex packyears: _____

Antibiosen:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ampicillin | <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Amoxicillin/Clavulansäure | <input type="checkbox"/> Piperacillin/Tazobactam |
| <input type="checkbox"/> Cefuroxim | <input type="checkbox"/> Cefotaxim | <input type="checkbox"/> Ceftibuten | <input type="checkbox"/> Ceftriaxon |
| <input type="checkbox"/> Cefepim | <input type="checkbox"/> Meropenem | <input type="checkbox"/> Imipenem | <input type="checkbox"/> Ertapenem |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin | <input type="checkbox"/> Levofloxacin | <input type="checkbox"/> Moxifloxacin | <input type="checkbox"/> Azithromycin |
| <input type="checkbox"/> Clarithromycin | <input type="checkbox"/> Erythromycin | <input type="checkbox"/> Roxithromycin | <input type="checkbox"/> Telithromycin |
| <input type="checkbox"/> Teicoplanin | <input type="checkbox"/> Vancomycin | <input type="checkbox"/> Doxycyclin | <input type="checkbox"/> Tigecyclin |
| <input type="checkbox"/> Linezolid | | | |

Neurologische Ausfälle: _____

Intubation am _____ Tracheotomie am _____ chirurgisch dilatativ
Spontanatmung: nein , ja längste Phase: _____ Platzhalter
NIV längste Phase _____ , Sauerstoff/FIO2 Spontan: _____ , Invasiv: _____
High Flow

Beatmungsgerät: leihweise / verordnet

Falls nein: Wurde zwischenzeitlich ein Beatmungsversuch mit einer Maske durchgeführt?

Wenn ja, wie lange? _____

Dialyse: nein , ja , wenn ja: Zugang _____

Bei Dialyse bitte Protokolle und serolog. Status für HIV, Hepatitis B + C mit faxen.

Wir benötigen für unsere Dialyse einen Doppellumenkatheter.

Dialysetage: Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Wenn ja, kann der Patient derzeit nicht zur Frührehabilitation übernommen werden.

Isolation?: 4 MRGN 3 MRGN Clostridium difficile MRSA VRE TBC

multiresistenter Pseudomonas Stenotrophomonas maltophilia Acinetobacter baumannii

Wundversorgung: VAC spezieller Verband _____

chirurgische Mitversorgung notwendig

Aktuelle Situation / Befindlichkeit des Patienten:

Vigilanz (RASS): +4 (Aggression) +3 (schwere Unruhe) +2 (Unruhe) +1 (ängstlich)
 0 (wach und ruhig, kooperativ)
 -1 (schläfrig) -2 (leicht sediert) -3 (mäßig sediert) -4 (tief sediert)
 -5 (Koma, nicht erweckbar, keine Reaktionen)

Letzte Blutgasanalyse mit / ohne Sauerstoff

ohne Sauerstoff: p O₂ _____ mm Hg, pC O₂ _____ mm Hg, pH _____, HCO₃⁻ _____

mit O₂: l/min: p O₂ _____ mm Hg, pC O₂ _____ mm Hg, pH _____, HCO₃⁻ _____

Aktuelles CRP: _____ (Norm: _____)

Hämoglobin / Hämatokrit **zum Zeitpunkt der Aufnahme:** _____ g%/ %

Hämoglobin / Hämatokrit **(aktuell):** _____ g%/ %.

Ist die Blutgruppe des Patienten bekannt? ja / nein, wenn ja: _____, Rh _____

Sind bei dem Patienten irreguläre Antikörper bekannt? nein ja

Wenn ja, _____

Ernährung:

oral über naso-gastrale Sonde über PEG über PEJ über zentralvenösen Zugang

Besonderheiten: _____

Aspiration ggf. Name der Sondenkost _____

Aktuelle Medikation/Behandlungsplan, wenn möglich als Anlage/Fax

Sofern Sie Mitglied im Westdeutschen Teleradiologieverbund sind, möchten wir Sie bitten, uns die radiologischen Bilder (Röntgen, CT, MRT und weitere) über diese Plattform zuzusenden.

Falls das nicht der Fall sein sollte, geben Sie die radiologischen Bilder bitte als CD-Rom mit. Vielen Dank!

MRSA Status aus Nase/Rachen/Bronchialsekret/Wunden und künstlichen Zugängen !

Bitte mikrobiologische Befunde mit Resistogramm faxen/beifügen!

Verlegung von ihrer Seite aus sinnvoll/möglich ab (KW oder Tag) _____

Patientenname: _____

1. Trachealzugang :

- Art: Trachealkanüle Trachealtubus Platzhalter Minitrach
 abgeklebtes Trachealstoma physiologischer Atemweg

- Größe:

Besonderheiten: _____

2. Venenzugang:

• Art: Ort: Anlage am: Besonderheiten:

• Art: Ort: Anlage am: Besonderheiten:

3. Blasenkatheter/SPK:

- Art: AP SpDK DK Viggo ZVK
 arterieller Zugang

Besonderheiten: _____

4. Drainagen/Sonstiges:

- Art: Pleura Thorax Wunde Sonstige

Besonderheiten: _____

5. Hautstatus:

- Defekte/Infektionen/Ausschlag/Wunden/Dekubiti:

Art: Ort: Größe: Behandlung:

Art: Ort: Größe: Behandlung:

6. spezielle Hilfsmittel:

Art: Spezialbett Spezialmatratze Lagerung Mobilität

Besonderheiten: _____

7. Sonstiges:

Personalbogen, (Fax 02972/791 393000)

Aufnahmetag:

Verlegendes Krankenhaus:

Telefonnummer Ihrer Aufnahmeabteilung:.....

Patientenname: _____

Geboren am:, wohnhaft:.....

Straße:.....

PLZ:..... Ort:.....

Tel. Priv.:..... Mobil..... Email.....

Tel. / Name Angehörige: _____

Tel. / Name Betreuer: _____

Hausarzt:.....

PLZ:..... Ort:.....

Krankenkasse:.....

Versicherungsnummer:.....

Zusatzversicherung:.....

Versicherungsnummer:.....

Wahlleistung mit Chefarztbehandlung: Nein Ja

A- FR Index

Intensivmedizinischer überwachungspflichtiger Zustand z.B. veget. Krisen	Ja	<input type="checkbox"/>	-	50
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	<input type="checkbox"/>	-	50
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Intermittierende Beatmung	Ja	<input type="checkbox"/>	-	50
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja	<input type="checkbox"/>	-	50
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- oder Fremdgefährdung)	Ja	<input type="checkbox"/>	-	50
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Schwere Verständigungsstörung	Ja	<input type="checkbox"/>	-	25
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja	<input type="checkbox"/>	-	50
	Nein	<input type="checkbox"/>		0
Gesamt				

B- Barthel Index

ESSEN

Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10
Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	5
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0

BETT / (ROLL-) STUHLTRANSFER

Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15
Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	10
Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen / Sitz selbständig	5
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0

WASCHEN

Unabhängig beim Waschen von Gesicht + Händen, beim Kämmen + Zähneputzen	5
Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0

TOILETTENBENUTZUNG

Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10
Benötigt Hilfe, z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts (An-/Ausziehen) oder bei der Reinigung	5
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0

BADEN

Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5
Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0

GEHEN AUF FLUREBENE BZW. ROLLSTUHLFAHREN

Unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15
Geringe Hilfen oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmitteln 50m gehen	10
Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mindestens 50m	5
Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0

TREPPENSTEIGEN

Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10
Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	0

AN- UND AUSKLEIDEN

Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10
Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen	5
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0

STUHLKONTROLLE

Ständig kontinent	10
Gelegentlich inkontinent, max. 1x die Woche	5
Häufiger / ständig inkontinent	0

URINKONTROLLE

Ständig kontinent ggf. bei Versorgung eines DK/Cystofix	10
Gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5
Häufiger / ständig inkontinent	0

Barthel-Index (Gesamtpunktzahl) _____

Summe A+B: _____