

**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

Intensiv

Frührehabilitation

Pneumologie I  
Schlaf- und Beatmungsmedizin  
Intensivmedizin mit  
Frührehabilitation  
CA PD Dr. med. D. Dellweg  
Telefon: 02972 791-2501  
Telefax: 02972 791-2526  
E-Mail: d.dellweg@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. F.-W. Riffelmann  
Telefon: 02972 791-2601  
Telefax: 02972 791-2602  
E-Mail: f.riffelmann@fkkg.de

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

Geriatric  
CA S. Funke  
Telefon: 02972 791-2501  
Telefax: 02972 791-2526  
E-Mail: s.funke@fkkg.de

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

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 exacerbierter 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 O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pC O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pH \_\_\_\_\_, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_

mit O<sub>2</sub>: l/min: p O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pC O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pH \_\_\_\_\_, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_

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

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

**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) \_\_\_\_\_



**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: \_\_\_\_\_