

# Antwortfax zur Planung einer Patientenübernahme



**JOHANNITER**  
Krankenhaus Treuenbrietzen



**BWB**  
BEATMUNGS- UND  
WEANINGZENTRUM  
BRANDENBURG

Tel. 033748 8-2393

Fax 033748 8-2493

<b><u>Patient</u></b>  Name: Vorname: Geb. Adresse:  Krankenkasse:  Größe: <input type="checkbox"/> Betreut Gewicht: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<b><u>Kontaktperson / Betreuer(in)</u></b>  Name: Vorname: Tel: Adresse:
<b><u>Beatmung</u></b>  Beatmet seit: __ . __ .20__ <input type="checkbox"/> Invasiv: <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  Beatmungsform: <input type="checkbox"/> kontrolliert <input type="checkbox"/> assistiert <input type="checkbox"/> andere  Bisherig maximale Spontanatemzeit:  <input type="checkbox"/> an feuchter Nase <input type="checkbox"/> an Sprechventil <input type="checkbox"/> am Ventilator	<b><u>Medizinische Versorgung</u></b>  Überweisendes Krankenhaus:  Station:                      Tel.  Hausarzt: Tel. Adresse:  <b><u>Vorbestehende Beatmungsindikation?</u></b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> noninvasiv
<b><u>Labor</u></b> CRP:                      (mg/l – mg/dl)      Hb:                      (mmol/l//mg/dl) Kreatinin:                      (mg/dl - µmol/l)  <b><u>Letzte BGA:</u></b> pCO <sub>2</sub> spontan:                      (mmHg - kPa) HCO <sub>3</sub> oder BE:                      (mmol/l) pCO <sub>2</sub> beatmet:                      (mmHg - kPa) pO <sub>2</sub> :                      (mmHg - kPa) bei FiO <sub>2</sub> :	
<input type="checkbox"/> Katecholamine <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Sedierung	<input type="checkbox"/> sonstigen Beatmungsgrund angeben:
Problemkeime (MRGN, VRE oder MRSA)? Wo abgestrichen?	

# Antwortfax zur Planung einer Patientenübernahme



**JOHANNITER**  
Krankenhaus Treuenbrietzen



Tel. 033748 8-2393

Fax 033748 8-2493

- 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:

<b><u>Wohnung vor der akuten Erkrankung:</u></b>	<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	

<b><u>ECOG vor der akuten Erkrankung:</u></b>	<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	