



# 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	