

# Anmeldeformular Patientenübernahme Außerklinik

Tel. 033748 8-2760      Fax 033748 8-1945  
Mail [belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de](mailto:belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de)



<b>Kontaktdaten Außerklinik</b>	
Firma:	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
Fax:	
Betreuer Arzt:	
Telefon:	

<b>Kontaktdaten Patient</b>	
Name, Vorname:	
PLZ, Ort:	
Straße:	
Krankenkasse/Kostenträger:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Körpergewicht:	Körpergröße:
Gesetz. Betreuer:	Telefon:
Nächster Angehöriger:	Telefon:

<b>Behandlungsauftrag</b>	
<input type="checkbox"/> Weaning-Versuch	
<input type="checkbox"/> Evaluation / Potenzialerhebung (Dekanülierung)	
<input type="checkbox"/> Einleitung Beatmung	
<input type="checkbox"/> Beatmungsoptimierung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Haben bereits Dekanülierungsversuche stattgefunden? – wenn ja, woran gescheitert?	
War der Patient schon einmal in einem anderen Weaning-Zentrum? Welches? Wann?	

# Anmeldeformular Patientenübernahme Außerklinik

Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945  
Mail [belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de](mailto:belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de)



<b>Medizinische Anamnese</b>		
Diagnose, die zur Beatmung führte:		
Beatmung seit:	Heimbeatmung seit:	
Beatmungszugang:		
<input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle ( <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch)	seit:
Name der Trachealkanüle:		
Größe:	letzter Wechsel:	
Versorger / Provider:		
<b>Mikrobiologische Diagnostik</b>		
Keim vorhanden:	<input type="checkbox"/> Nein	wenn <input type="checkbox"/> ja, wo?
Welcher?		
<b>Aktuelle Beatmungsparameter</b>		
Gerät:		Beatmungsmodus:
FiO <sub>2</sub> / l/min.:	AF:	PEEP / EPAP:
IPAP:		
Beatmungspausen am Tag:		
FN-Phasen am Tag:	SV-Phasen am Tag:	
O <sub>2</sub> -Versorgungsart:	<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff	<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator
Versorger / Provider:		
<b>Ernährung</b>		
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Oral
Essen unter Beatmung möglich?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kostform:		

## **Hinweise zur Übernahme / Benötigte Devices:**

- Aktueller Medikationsplan mit QR-Code
  - wenn vorhanden Kopien Arztbriefe
  - Therapiegeräte (Beatmungsgerät/e, Cough-Assist, etc.)
  - sämtliches Zubehör (Netzteile, etc.)
  - Wechselkanüle