

Anmeldeformular

Patientenübernahme Außerklinik

Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945
Mail belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de



JOHANNITER
Krankenhaus Treuenbrietzen



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP



BEATMUNGS- UND
WEANINGZENTRUM
BRANDENBURG

Kontaktdaten Außerklinik	
Firma:	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
Fax:	
Betreuender Arzt:	
Telefon:	

Kontaktdaten Patient	
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:
Behandlungsauftrag	
<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 Außerlinik

Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945
Mail belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de



Medizinische Anamnese			
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:			
Mikrobiologische Diagnostik			
Keim vorhanden: <input type="checkbox"/> Nein wenn <input type="checkbox"/> ja, wo?			
Welcher?			
Aktuelle Beatmungsparameter			
Gerät:		Beatmungsmodus:	
FiO ₂ / l/min.:	AF:	PEEP / EPAP:	IPAP:
Beatmungspausen am Tag:			
FN-Phasen am Tag:		SV-Phasen am Tag:	
O ₂ -Versorgungsart:		<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator	
Versorger / Provider:			
Ernährung			
<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