

## ANMELDUNG „Therapiezentrum Außerklinische Beatmung“ „TAB“

Fax.-Nr. 06192-98 4402

Rückfragen: 06192 – 984481 oder - 4462

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Angehörige \_\_\_\_\_  
Telefonnummern: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung: ja  nein   
Vorsorgevollmacht: ja  nein   
Wenn ja, Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Patientenverfügung: ja  nein

### Anmeldendes Weaningzentrum (Name, Anschrift)

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

Station: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_

Gewünschtes  
Übernahmedatum: \_\_\_\_\_

### **Voraussetzung:**

Der Patient/die Patientin ist frei von i.v. und oder i.a. Zugängen und benötigt keine ärztliche Präsenz!

### **Grund der Anmeldung:**

Mittelfristiges Potenzial zur Respiratorentwöhnung (Vordringlich Physiotherapie erforderlich)

Mittelfristiges Potenzial zur Dekanülierung (Vordringlich Logopädie erforderlich)

Anleitung/Schulung nahestehender Personen

Ausführliche Darstellung des bereits durchgeführten Entlassmanagements

Benennung des Entlassungsziels/Kontakdaten Pflegedienst

Aufnahmeunterlagen zur Teilnahme an dem IGV Projekt wurden  
ausgehändigt/Beratungsgespräch fand statt/Teilnahmeabsicht besteht

Anzahl der erfolgten Spontanatemversuche: \_\_\_\_\_

Erster Spontanatemversuch am: \_\_\_\_\_

Beatmungszugang (Tubus/Maske): \_\_\_\_\_

Tracheostomie: ja  nein  seit wann/Art: \_\_\_\_\_

Beatmungsmodus (CPAP/PSV/aPCV/PCV/...): \_\_\_\_\_

Aktueller FiO2: \_\_\_\_\_

**Aktuelle BGA vom** \_\_\_\_\_:

pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub>-Sättigung \_\_\_\_\_ %

Spontanatmungszeit: \_\_\_\_\_ h/Tag

pCO<sub>2</sub> spontan \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> unter Beatmung: \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf: RR \_\_\_\_\_ HF \_\_\_\_\_ Echo (PF?) \_\_\_\_\_

Vigilanz: (ggf.RASS-Score) \_\_\_\_\_ orientiert?: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Dekubitus: ja  nein  Ort: \_\_\_\_\_

**Problemkeime:**

Diagnostik durchgeführt: nein  ja , am: \_\_\_\_\_

Ergebnis: kein Erregernachweis:

Problemkeime nachgewiesen?	MRSA	<input type="checkbox"/>
	VRE	<input type="checkbox"/>
	ESBL	<input type="checkbox"/>
	MRGN 3	<input type="checkbox"/>
	MRGN 4	<input type="checkbox"/>
	Tbc	<input type="checkbox"/>
	Norovirus	<input type="checkbox"/>
	Clostridium difficile	<input type="checkbox"/>
	Influenza/RS	<input type="checkbox"/>

Nachweisort: \_\_\_\_\_ Nachweisdatum: \_\_\_\_\_

Dialysebehandlung: ja  nein

Zugänge:

DK:	_____	seit	_____
SPK:	_____	seit	_____
PEG/PEJ:	_____	seit	_____

**Anlagen:**

- Arztbericht (verpflichtend für Anmeldung aus Weaningzentrum)
- Letztes Labor (inkl. Letzte BGA):
- Pflegeüberleitungsbogen

**Bemerkungen/Besonderheiten:**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_