|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner** |  |
| Sekretariat Frau Adjeroudi | **🕿** +49 2372 908-2522 |

**Per Fax bitte an**

**🕿 +49 2372 908-9522**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verlegende Klinik** | | |  | **Patient** | |
| Name |  | |  | Name |  |
| Straße |  | |  | Vorname |  |
| PLZ/Stadt |  | |  | Geb.-Datum |  |
| Ansprechpartner |  | |  | Straße |  |
| Tel.-Nr. Arzt |  | |  | PLZ/Stadt |  |
| Fax |  | |  | Angehörige/r Name |  |
| eMail |  | |  | Telefon |  |
| Tel.-Nr. Station |  | |  | Betreuung | Ja  Nein |
| Versicherungsstaus | Privat | Gesetzlich |  | Vorsorgevollmacht | Ja  Nein |
|  | 1-Bett | 2-Bett |  | Ansprechpartner |  |
|  | Chefarzt |  |  | Telefon |  |

|  |
| --- |
| **Ärztliche Einschätzung** |

|  |
| --- |
| **Wie lautet die zur Beatmung führende Grunderkrankung?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Welche aktuelle Ursache führte zur Beatmung?** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie lange wurde der Patient invasiv beatmet?** | |  | **Tracheotomie?** | |
| von |  |  | Ja  Nein | wenn ja: wann (Datum): |
| bis |  |  | wie?  chirurgisch  Dilatation | |
|  |  |  | Trachealkanüle? | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktuelle nichtinvasive Beatmung** | |  | **Ernährung** |
| Ja  Nein  nur Sauerstoff | |  | Oral |
| Wenn ja: | Maske: |  | Magensonde |
|  | Gerät: |  | PEG/PEJ |
|  | NIV-Stunden pro Tag: |  | ZVK |
|  | Geräteverordnung:  Ja  Nein |  |  |
| Rehabilitationswilligkeit  Ja  Nein | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allergien?** |  | **Hilfsmittel** | |
| Ja  Nein |  | Rollator | Rollstuhl |
| Wenn ja, welche: |  | Sonstiges: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sind Problemkeime nachgewiesen?** | |  | **Letzte Blutgasanalyse** | | |
| MRSA | Ja  Nein |  | ohne Sauerstoff: | pO2 | mmHg |
| MRGN  3  4 | Ja  Nein |  |  | pCO2 | mmHg |
| VRE | Ja  Nein |  |  | pH |  |
| CoVID-19  V.a. CoVID | Ja  Nein |  |  | HCO3 |  |
| Clostridium difficile | Ja  Nein |  | mit       lO2/min: | pO2 | mmHg |
| Sonstige | Ja  Nein |  |  | pCO2 | mmHg |
| **Wir bitten um aktuelle MRSA/MRGN-Abstriche von Nase, Rachen, Trachealsekret und rektaler MRGN-Abstrich vor einer Übernahme.** | |  |  | pH |  |
|  |  | HCO3 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kurzer Überblick über relevante Nebenerkrankungen/Organsysteme** | |  | **Vigilanzzustand** |
| Herzinsuffizienz: NYHA | I-II  III  IV |  | ruhig und wach |
| Alkoholerkrankung: | Ja  Nein |  | sediert, aber erweckbar |
| Nierenersatzverfahren: | Ja  Nein |  | agitiert |
| Neuro: Critical illness Polyneuropathie/CIM | Ja  Nein |  | fixiert |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Selbsthilfefähigkeit** (nach Barthel/Früh-Reha-Index, siehe Anlage) |  | **Mobilität vor akuter Erkrankung** |
| Barthel-Index minus       Frühreha-Index |  |  |

|  |
| --- |
| **Bitte beschreiben Sie kurz das aktuelle Befinden des Patienten:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welche Antibiotika wurden während des stationären Aufenthaltes verabreicht?** (Dauer/Präparate) | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktuelles Labor:** | |
| CRP:       (Norm:       ) | Hb: |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Medikation:** |
|  |

**Bitte pflegerischen Überleitungsbogen mitfaxen!!**

|  |
| --- |
| **Pflegerische Einschätzung** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Weitere Patientendaten** | | | | | | |
| Größe: | | cm | Gewicht: | kg | BMI: |  |
| Pflegegrad: | 1  2  3  4  5 | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Venenzugang** |  | **Arterieller Zugang** |
| Braunüle |  | A. radialis |
| ZVK |  | A. femoralis |
|  |  | A. |
| Wenn ja, seit: |  | Wenn ja seit: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Blasenkatheter/Suprapubischer Katheter** |  | **Drainage/sonstige Zugänge** | |
| Transurethraler Katheter |  | Art |  |
| Suprapubischer Katheter |  | Ort |  |
| Spülkatheter |  | Seit wann: |  |
| Wenn ja, seit: |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Magen/Darmtrakt** | | |
| Magensonde | PEG | Anus praeter |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hautstatus** | | | |
| Dekubitus | Ort: | Größe: | Grad: |
| Dekubitus | Ort: | Größe: | Grad: |
| Wird eine Wechseldruckmatratze benötigt? | | Ja  Nein | |
| Chronische Wunden | Ort: | Größe: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pflegesituation – Kooperation** | |  | **Mobilität** |
| Voll pflegebedürftig | Ja  Nein |  | Komplett bettlägerig |
| Teilweise pflegebedürftig | Ja  Nein |  | Bettkante |
| Selbständige Nahrungs-aufnahme möglich | Ja  Nein |  | Sessel |
| Selbständiges Sitzen auf der Bettkante (Rumpfkontrolle) | Ja  Nein |  | Bemerkung: |
| Stehen mit Hilfe vor dem Bett möglich | Ja  Nein |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bewusstseinslage/Psychosoziale Anamnese** | | |
| Vigilanzzustand: | Sediert aber erweckbar | ruhig und wach |
| orientiert | unruhig/agitiert | Fixierung |
| Motivation/Kooperation: |  | |

|  |
| --- |
| **Sonstiges/Bemerkungen** |
|  |

**Sobald uns der Anmeldebogen vorliegt und eine Möglichkeit zur Übernahme besteht, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Bei Verschlechterung des Zustandes oder sonstige neue Aspekte, die eine Übernahme beeinflussen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.**