

# Übernahmeanfrage

Anmeldende Klinik:			Patient (ggf. Aufkleber)		
Ort:			Name:		
Behandelnder Arzt /Ärztin:			Vorname:		
Vorwahl:		Telefon:	Fax:		Geboren:
Wohnort:			Größe: .....Gewicht ca.    kg		
Betreuung / Angehörige:			Größe: .....Gewicht ca.    kg		
<b>Hauptdiagnosen:</b> (⇩ weitere Diagn. o. Kommentar ⇩) <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Post-Tbc <input type="checkbox"/> Neuromuskulär <input type="checkbox"/> Thorax-OP <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/>			<b>Nebendiagnosen:</b> (⇩ weitere Diagn. o. Kommentar ⇩) <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> Herzinsuff. <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Niereninsuff. <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schlafapnoe		
<b>Neurologie &amp; Psyche</b> <input type="radio"/> voll orientiert <input type="radio"/> teilweise orientiert <input type="radio"/> nicht orientiert <input type="radio"/> delirant	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Zwerchfellparese <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Stimmbandparese	<input type="checkbox"/> PNP / CIP <input type="checkbox"/> Hypoxischer Hirnschaden <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alkoholabusus	Kommentar:		
Therapie / Verlauf:					
<input type="radio"/> Tubus <input type="radio"/> TK <input type="radio"/> NIV <input type="radio"/> Spontan Intubation am:.....Tracheostoma am:.....		<input type="radio"/> Chirurgisches Tracheostoma <input type="radio"/> Punktions-Tracheostoma	O <sub>2</sub> -Gabe / Fi O <sub>2</sub> pH pa O <sub>2</sub> PCO <sub>2</sub>		
Beatmung seit wann, wie (Assist.) Spontanatmung <input type="radio"/> Min. <input type="radio"/> Std		Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:			
MRSA-Abstrich:	Datum:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv		
ESBL-Abstrich:	Datum:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv		
VRE-Abstrich:	Datum:	<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> positiv		
aktueller Hb-Wert:		<b>Vor Verlegung muss Hb-Wert größer/gleich 9 mg/dl sein!</b>			
Ernährung:	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr
Ausscheidung:	<input type="radio"/> Harninkontinenz	<input type="radio"/> Transurethraler BVK	<input type="radio"/> suprapub. BVK	<input type="radio"/> Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> Anus praeter
Dekubitus/Wunden spez. Lagerung:					
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?	<input type="radio"/> Bett <input type="radio"/> Bettkante <input type="radio"/> Sessel <input type="radio"/> Stand <input type="radio"/> hoher Gehwagen <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> voll mobil	Ggf. Kommentar:			
Sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen:					
Rückübernahme nach Weaning-Abschluss möglich? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN					
Datum:			Unterschrift		