

Lungenklinik Ruhrgebiet Nord

Übernahmeanfragebogen Pneumologische Frührehabilitation

Bitte Anfragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden:
Telefax 02364 104-25205

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:
Tel. 02364 104-25318 (Dr. Adrianna Grabowska,
Sektionsleitung)
Tel. 02364 104-25203 (Sekretariat)

Datum der Anfrage: . . 2 0 2

PATIENTENDATEN

Vorname, Nachname (*Blockschrift*):

Geburtsdatum:

 . .

Wohnort:

allein

mit Familie

Pflegeheim

obdachlos

Angehörige (Name/Telefonnummer) (*Blockschrift*):

ges. Betreuer (Name/Telefonnummer) (*Blockschrift*):

Pflegegrad:

Altersrente

Erwerbsminderungsrente

erwerbsfähig

DERZEITIGER AUFENTHALTSORT

Krankenhaus/Einrichtung/Station:

Ärztlicher Ansprechpartner (Name/Telefonnummer) (*Blockschrift*):

Pflegerischer Ansprechpartner (Name/Telefonnummer) (*Blockschrift*):

Stationär seit:

 . . 2 0 2

gewünschtes Verlegungsdatum:

 . . 2 0 2

DIAGNOSEN

Zur Beatmung führende Erkrankung:

RELEVANTE NEBENDIAGNOSEN

Diabetes mellitus: nein ja,

Herzinsuffizienz: nein ja, NYHA-Klasse:

Dialysepflicht: nein ja, Angaben in Bezug auf Dialyse:

Epilepsie: nein ja

Vorbestehende neuromuskuläre Erkrankungen: nein ja:

Suchtkrankheiten: nein ja:

Psychische Vorerkrankungen: nein ja:

Im aktuellen Verlauf Delir / Durchgangssyndrom: nein ja

Immunsuppression / Medikation mit Biologica: nein ja, welche:

Gewicht (kg): Größe (cm):

PROBLEMEKEME

nein SARS-nCov ESBL VRE

MRGN, wenn ja, welcher?

Weitere relevante Mikrobiologie:

(bitte ggf. mikrobiologische Befunde mit Resistogramm hinzufügen)

VIGILANZ

GCS: Augen offen:	<input type="text"/>	Pkt.
Verbale Kommunikation:	<input type="text"/>	Pkt.
Motorische Reaktion:	<input type="text"/>	Pkt.

RASS: +4 (Aggression) +3 (schwere Unruhe) +2 (Unruhe) +1 (ängstlich) 0 (wach, ruhig, kooperativ)
 -1 (schläfrig) -2 (leicht sediert) -3 (mäßig sediert) -4 (tief sediert) -5 (Koma)

BEATMUNG / WEANING

Beatmung von .2 0 bis .2 0

ggf. Weaningkategorie: 1 2 3aI 3aII 3bI 3bII 3cI

Trachealkanüle: nein, dekanüliert am: .2 0
 ja, letzter Wechsel am: .2 0

Sonstiges:

Anlage erfolgte: dilatativ chirurgisch

Spontanatmung: nein ja, wie viele Minuten am Tag:
Tagesaktuelle BGA während Spontanatmung bitte hinzufügen.

Beatmungsform: nein ja, invasiv nichtinvasiv

Beatmungsmodus: IPAP: EPAP/PEEP: Atemfrequenz:

Sauerstofftherapie: nein ja, Flussrate/fiO₂ Applikationsdauer:

Sonstige Atemunterstützung: CPAP HFNC Sonstige

Tagesaktuelle BGA während Beatmung bitte hinzufügen.

WEITERES

Mobilität und Belastbarkeit: Bett Sitz Stand Gang

Gehhilfe / notwendige Hilfsmittel:

Ernährungsform: oral Sonde PEG PEJ ZVK IV

Chronische Wunden: nein ja, wo?

Venöse Zugänge: nein ja: welche, seit wann?

Blasenkatheter: nein ja, seit:

Drainage: nein ja, welche, seit wann?

Bitte die tagesaktuelle Medikation (Substanz, Dosierung, Darreichungsform) hinzufügen.

Bitte die Bildgebung als Daten-CD und die Ergebnisse der letzten Labordiagnostik (Entzündungsparameter, Nieren- und Leberfunktion, Blutbild), Mikrobiologie sowie ggf. der Lungenfunktionsdiagnostik hinzufügen.