

Anmeldeformular

Patientenübernahme Außerlinik

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



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP



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

Kontaktdaten Patient	
Name, Vorname:	
PLZ, Ort:	
Straße:	
Krankenkasse/Kostenträger:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d
Körpergewicht:	Körpergröße:
Gesetz. Betreuer:	Telefon:
Nächster Angehöriger:	Telefon:
Behandlungsauftrag	
☐ Weaning-Versuch	
☐ Evaluation / Potenzialerhebung (Dekanülierung)	
☐ Einleitung Beatmung	
☐ Beatmungsoptimierung	
☐ Sonstiges:	
Haben bereits Dekanülierungsversuche stattgefunden? – wenn ja, woran gescheitert?	
War der Patient schon einmal in einem anderen Weaning-Zentrum? Welches? Wann?	

Anmeldeformular Patientenübernahme Außerklinik

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:			
☐ Maske ☐ Trachealkanüle (☐ dilatativ ☐ chirurgisch) seit:			
Name der Trachealkanüle:			
Größe:		letzter Wechsel:	
Versorger / Provider:			
Mikrobiologische Diagnostik			
Keim vorhanden: ☐ Nein wenn ☐ 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:		☐ Flüssigsauerstoff ☐ Sauerstoffkonzentrator	
Versorger / Provider:			
Ernährung			
☐ Dysphagie	☐ PEG	☐ Oral	
Essen unter Beatmung möglich?		☐ Nein ☐ 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