Medizinische Klinik III
Klinik für Pneumologie und
Allgemeine Innere Medizin

Kliniken des Main·Taunus·Kreises GmbH

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 i.a. Zugängen und benötigt keine invasive Gabe von vasoaktiven Substanzen. Eine dauerhafte ärztliche Präsenz ist nicht erforderlich! In unklaren Situation/besonderen Einzelfällen, bitte direkt das Gespräch mit dem TAB suchen.

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 _____:

pO2 _____ pCO_2 _____ pH _____ O_2-Sättigigung _____%

Spontanatmungszeit: _____h/Tag

pCO2 spontan _____ pCO_2 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 ☐
- VRE ☐
- ESBL ☐
- MRGN 3 ☐
- MRGN 4 ☐
- Tbc ☐
- Norovirus ☐
- Clostridium difficile ☐
- Influenza/RS ☐

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: _____