

# Überleitungs- und Berichtsbogen für beatmete Menschen

als Anlage zur ärztlichen Verordnung für  
häusliche Krankenpflege  
(Muster 12)

Stand: 18.04.2011

Herausgegeben: Interdisziplinäre AG Beatmung Baden-Württemberg

Autoren: Gesetzliche Krankenkassen in Baden-Württemberg  
Weaning-Zentren in Baden-Württemberg  
MDK Baden-Württemberg

Name/Vorname..... Geb.:.....

**Diagnose/n** .....

Grund der dauerhaften Beatmungspflichtigkeit: .....

Körpergröße ..... cm    Gewicht ..... kg

Wurde eine Weaningbehandlung in einem Weaningzentrum durchgeführt?     nein     ja**Nachsorgeplan**

Wie viele Stunden pro Tag ist eine invasive/nicht invasive Beatmung zum gegenwärtigen Zeitpunkt notwendig?

Wie stellt sich zum Zeitpunkt der Entlassung die Prognose des Patienten dar? Ist zu erwarten, dass sich die Spontanatmungsphasen ausdehnen lassen?

Ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt abzusehen, ob das bestehende Tracheostoma verschlossen werden kann, oder ist auf lange Zeit ein Tracheostoma notwendig?

Abhusten     selbständig     insuffizient     kein Hustenreiz vorhanden  
 nach Inhalation     nach der Mobilisation     nach Lagewechsel

Welche Maßnahmen des Sekretmanagements sind notwendig?

Ist eine regelmäßige inhalative Therapie notwendig?     nein     ja

Wie oft muss diese pro Tag stattfinden? .....

Ist eine endotracheale Absaugung notwendig?     nein     ja

Wie häufig musste der Patient in den vergangenen zwei Wochen durchschnittlich abgesaugt werden?

tagsüber: .....

nachts: .....

Ist eine mechanische Hustenhilfe im Einsatz?     nein     ja

Benötigt der Patient diese Hilfe auch nach Entlassung und wenn ja, wie oft pro Tag?

Datum der letzten Untersuchung des Schluckaktes: .....

Methode: .....

Benötigt der Patient eine Schlucktherapie?     nein     ja

Wie oft sollte diese pro Woche durchgeführt werden? .....

Benötigt der Patient die PEG-Sonde auf Dauer?     nein     ja

Wie oft ist eine Ernährung pro Tag über die PEG-Sonde notwendig? .....

Besteht eine critical illness Polyneuropathie/Myopathie?     nein     ja

Datum der letzten Untersuchung: .....

Benötigt der Patient ein Muskel-/Gehtraining?  nein  ja

Wie oft sollte dieses pro Woche durchgeführt werden? .....

### Medizinprodukte

Medizin-Technischer Lieferant .....

**Beatmungsgerät** Typ ..... Anzahl .....

Einschlauchgerät  Zweislauchgerät

**Beatmungsform**  CMV kontrolliert  assistiert  ass./kontrolliert

PCV druckkontrolliert  CFV mit konstantem Flow  PSV druckunterstützt

VCV volumenkontrolliert  VS, VSV volumenunterstützt  PAV druckunterstützt

PRVC druckreguliert  volumenkontrolliert

Druck IPAP ..... mbar Druck EPAP ..... mbar

VT Tidal Volume ..... ml Beatmungsrate .....

Trigger inspiration ..... Trigger expiration .....

PEEP .....  mbar

**Befeuchtung**  nein  ja  aktiv System .....

passiv  HME Filter weitere .....

**O2-Bedarf**  nein  ja  intermittierend

**und Versorgung**  bei Spontanatmung ..... l/min  beatmet ..... l/min

bei Belastung ..... l/min  in Ruhe ..... l/min

Dauer ..... Std. /tgl.

Konzentrator  Flüssig-O2  O2 - Flasche

**Tracheostoma**  nein  ja seit: .....

Tracheostomaversorger .....

Typ  dilatativ  epithelisiert  weit  eng

**Hautverhältnisse**  unauffällig  gerötet  feucht mazeriert  entzündet

### Kanülenwechsel

Kanülentyp / Hersteller ..... Größe .....  gefensterter

einteilig  zweiteilig  Cuff  Sprechkanüle

Wechseltturnus ..... / Woche/n

**TK-Wechsel durch**  Pflegefachpersonal  Arzt  Angehörige  in Klinik/Ambulanz

allein  zu zweit

Anleitung Angehörige  erfolgt  geplant Zeitpunkt: .....

nicht möglich Begründung: .....

**Komplikationen TK-Wechsel?**  nein  ja welche .....

**Beatmungsmaske** Maskentyp / Hersteller ..... Größe .....

Industriemaske       individuell       Totalface

Fullface       Nasenmaske       Mund/Nasenmaske

### Soziale Situation

Hausarzt: .....

Name und Anschrift der vollstationären Pflegeeinrichtung, wenn der Versicherte in einem Pflegeheim betreut und versorgt werden muss: .....

Liegt eine Infektion vor?  MRSA       VRE       ESBL       C-Dif

Wenn ja, wo?       Trachealsekret       Mund-Nasen-Rachenraum       Wunde/n       Haut

Häusliche Versorgung: Lebt der Versicherte allein?       ja       nein

Mit welchen Personen lebt der Versicherte zusammen?

Wurden die im Haushalt lebenden Personen angeleitet, die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen durchzuführen?

ja, welche?.....

nein, warum nicht?.....

Wohnumfeld       für häusliche Pflege geeignet       muss angepasst werden

Umbaumaßnahmen erforderlich       Beratung erfolgt durch .....

Name und Anschrift des Pflegedienstes, wenn der Versicherte die Unterstützung eines Pflegedienstes benötigt:

### Psyche

Bewusstsein       klar       wechselhaft       somnolent       komatös

**Kommunikation**       verbal       nonverbal       mit Hilfsmitteln

problemlos       eingeschränkt       nicht möglich / nicht erkennbar

**Ernährung**       per os       per os + PEG       nur PEG

### Mobilität

Handfunktion       physiologisch       Lähmungen       Spastiken

selbständig gehfähig       gehfähig mit personeller Unterstützung

selbständiger Rollstuhlfahrer

Personeller Hilfe bei Lagewechsel im Bett erforderlich       nein       ja