Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken
Fachklinik für Pneumologie, Thoraxchirurgie, Rehabilitation, Schlaf- und Beatmungsmedizin
Michelsberg 1 | 97702 Münnerstadt | Tel.: 09733/62-0

THORAXZENTRUM Bezirk Unterfranken
Fachlich stark, menschlich nah. Seit 1954.

Anmeldung zur Pneumologischen Früh-Rehabilitation
Bitte an 09733-62 3709 zurückfaxen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
Sie möchten eine Patientin/einen Patienten in die pneumologische Frührehabilitation des Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken überweisen.
Bitte beantworten Sie folgende Fragen möglichst kurz und präzise.
Bitte lassen Sie uns ebenfalls einen vorläufigen Arztbrief, den ausgefüllten Barthel Index, eine aktuelle BGA sowie den Sauerstoff Bedarf des Pat. zu kommen. Nach Erhalt der vollständig ausgefüllten Unterlagen prüfen wir Ihre Anfrage und melden uns bei Ihnen zurück.

An dieser Stelle bereits vielen Dank für die Kooperation.

Kontakt und Anmeldung

Oberarzt
Herr Arapi
Telefon: 09733/62 3710
Email: zbm@tzbu.de Web: www.tzbu.de

Leiter und Ansprechpartner pneumologische Früh Reha:
Oberarzt Herr Arapi
Telefon: 09733/62 3710
Zentrales Belegungsmanagement:
Telefon: 09733/62 3710

Patient/in:

Vor, -Name:	
Geb.-Datum:	
Str. Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Krankenkasse:	

Anschrift und Adresse der anmeldenden Klinik/Einrichtung:

Name/ Telefonnummer des nächsten Verwandten/Bevollmächtigten:

Name/ Telefonnummer des Hausarztes:

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? ☐ Nein ☐ Ja durch:

1. Welche pneumologische Erkrankung liegt vor?

2. War der Patient beatmet? ☐ Nein Falls ☐ Ja von bis

3. Wie lautet und wie lange besteht die zur Beatmung führende Grunderkrankung?

4. Wurde der Patient tracheotomiert? ☐ Nein falls ☐ Ja wann und welche Technik?

Ist das Tracheostoma zwischenzeitlich wieder verschlossen? ☐ Nein ☐ Ja

5. Wird der Patient jetzt noch nichtinvasiv beatmet?

☐ Nein **nur** **% Sauerstoff** ☐ Ja Maske: Gerät:

NIV Stunden / Tag Geräteverordnung ☐ Ja ☐ Nein

6. Neurologische Ausfälle:

Vigilanz:

7. Relevante Nebendiagnosen:

Herzinsuffizienz: NYHA:

Alkoholerkrankung: ☐ Ja ☐ Nein
Nierenersatzverfahren: ☐ Ja ☐ Nein

8. aktuelle Medikamente:

Antibiotika während des Aufenthalts:

9 aktuelles Labor: CRP: ; Hämoglobin/Hämatokrit: g/dl

10. Bitte vermitteln Sie uns in Stichwörtern die aktuelle Befindlichkeit des Patienten:

11. Sind Problemkeime nachgewiesen worden: ☐ Nein Ja ☐ **welche:**

☐ **multiresistenter Pseudomonas**
☐ **Covid 19**
☐ **Stenothrohomoas maltophilia**
☐ **MRSA**

E
S
B

Um eine Übernahmeverzögerung zu vermeiden, bitten wir um aktuelle Abstriche von Nase, Rachen, Trachealsekret und Haut (Dekolleté) zur Bakteriologie zu senden. Eine Besiedlung ist kein Aufnahmehindernis.

12. Ernährung: **Name der Sondenkost:**

13. Bitte den aktuellen Frührehabilitations-Barthel-Index beifügen

Barthel-Index-Kriterien (BI) **FR-Index-Kriterien (FR-I)** **FRB=Summe FR-I (Teil A) + BI (Teil B)**

14. Pflegefragebogen:

☐ voll pflegebedürftig ☐ selbstständiges sitzen auf der Bettkante

☐ teilweise pflegebedürftig ☐ stehen mit Hilfe vor dem Bett möglich

☐ selbständige Nahrungsaufnahme

Größe: cm **Gewicht:** kg

Zugänge venös:	☐ Braunüle	.Tag	☐ ZVK	.Tag	**Sonstige Zugänge: (Liegedauer)**
Zugänge arteriell:	☐ A. Radialis	.Tag	☐ A. femoralis	.Tag	
Urin:	☐ Blasenkatheter	.Tag	☐ Suprapubischer	.Tag	
	☐ Spülkatheter	.Tag	☐ spontan		

Weitere Drainagen: (Art, Ort Liegedauer)

Magen / Darmtrakt:

☐ Magensonde .Tag ☐ PEG .Tag ☐ Anus praeter .Tag

Hautstatus: (Decubitus, Ort, Größe, Behandlung)

Wundstatus:

Wechseldruckmatratze nötig:

Ja ☐

Nein ☐

Motivation /Kooperation:

Sonstiges:

Häusliche Versorgung:

Es hat sich als äußert sinnvoll erwiesen, dass weiterführende Telefonate mit einem über den Patienten gut informierten Arzt geführt werden. Bitten nennen Sie uns daher den in den nächsten Tagen zuständigen Oberarzt, Pflegekraft und Sozialdienst

Oberarzt:		**Pflegekraft:**		**Sozialdienst:**	
Telefon:		**Telefon:**		**Telefon:**	

Nach Erhalt der Antwort auf die eben gestellten Fragen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Sollte sich der Patient inzwischen verschlechtern oder sich ein neuer Aspekt ergeben, so dass eine zügige Übernahme nicht mehr möglich oder erforderlich ist, bitten wir Sie uns hierüber umgehend in Kenntnis zu setzen.

Bitte an 09733 / 62 3709 zurückfaxen