**Antrag auf Koordination**

Übernahme möglich ab:

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Datum

**Langzeitbeatmung**

|  |
| --- |
| **Demografische Daten** |
| **PatientIn:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.SV Nummer:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Sozialversicherung:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Geburtsdatum:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | letzte Wohnadresse:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.wohnt in Eigenheim: [ ] wohnt allein: [ ]  ja [ ]  neinUnterbringungsform: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Angaben An- u. Zugehörige:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Name (Verwandtschaftsverhältnis):Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Telefonnummer:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Willenserklärung: [ ] ja [ ] neinEthische Fallbesprechung: [ ] ja [ ] neinErwachsenenvertretung: [ ] ja [ ] neinPflegegeldantrag (Erhöhung): [ ] ja [ ] nein | Sozialdienst/Entlassungsmanagement/Case&Care Manag.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Reha Antrag wurde gestellt: [ ] ja [ ] neinwurde gestellt am:Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Zuweisende KlinikKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Intensivstation**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Stations-Telefonnummer:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Hausarzt:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.gepflegt wird von: Vater[ ]  Mutter [ ]  24 h Dienst [ ] Pflegedienst:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Evaluierung in der Klinik: [ ] Evaluierung zuhause: [ ] Aktuelles Pflege-Stundenausmaß: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | aktuelle Pflegegeldeinstufung:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Erforderliches Stundenausmaß:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Stellungnahme**

**Klinischer Status aus der Anamnese und Therapieverlauf**

**Alter**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Gewicht**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |
| --- |
| DiagnosenMedikamente (Name, Anzahl der Einnahmen/Tag)Bewußtseinsstörung (Orientierung, Kommunikation)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Wunden nur aktuelle Wunden wie z.B. Dekubitus, VAC, StomaKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Atmung/Beatmung**[ ]  invasiv Beatmungsdauer/h/Tag: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Spontanatmung/h/Tag:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ]  nicht invasiv, Maske Beatmungsdauer/h/Tag: Spontanatmung/h/Tag:  Tracheotomiert: [ ]  ja [ ]  nein Tracheostoma, seit: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.Gerät, Maske:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Med. Technik/Lieferant (Provider):Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Kanüle: Wechselintervall, Größe, Länge, Cuff, Seele; im pädiatrischen Bereich beschreiben, wenn TK m. Cuff obligat ist Sprechkanüle, Entblockzeiten Produktname, KanülenherstellerTracheotomie-Art der AnlageChirurgisch [ ]  ja [ ]  neinDilatation [ ]  ja [ ]  neinTracheostoma, Wundumgebung (bei Auffälligkeiten bitte beschreiben)  Weaningprotokoll [ ]  ja [ ]  nein Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Passy-Muir [ ]  ja [ ]  nein Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Cuff-Assist [ ]  ja [ ]  nein Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Aeorosoltherapie [ ]  ja [ ]  nein Medikamente lt. Arztbrief: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Therapieziele (kurativ, palliativ) Modus am Respirator, Peep, PSAbsaugfrequenzWeaning- und Dekanülierungspotential beschreiben sowie die zu dessen Umsetzung erforderlichen Maßnahmen oder Begründung für Verhinderung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**HNO/Logopädie**Dysphagie abgeklärtKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.welcher DysphagiegradKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Therapievorschlag LogopädieKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.HNO Befund: [ ]  ja [ ]  nein FEES: [ ]  ja [ ]  neinKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Physiotherapie**Therapievorschlag PhysiotherapieKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Maßnahmen bei AtempumpentrainingKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.BelastungsgrenzenKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Triflo: [ ]  ja [ ]  nein Coach: [ ]  ja [ ]  nein Peak-Flow: [ ]  ja [ ]  nein**Ernährung/Ausscheidung** enteral/parenteralKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Sonde Welche PEG?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ] nasogastral [ ] Lokalisation [ ] LiegedauerFocare MiniSoft Button [ ]  ja [ ]  nein Wechselintervall: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Sondennahrung, Welche Menge, kont. oder intervallKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Harnkatheter: [ ]  ja [ ]  nein Cystofix: [ ] andere Ableitungswege:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Inkontinenz [ ]  teil [ ]  vollständig **Mobilität** Tetraplegie: [ ] Beschreibung der Mobilität bzw. deren Einschränkung; Teilmobilität, Sitz im Lehnstuhl [ ]  ja [ ]  neinSitz im Querbett [ ]  ja [ ]  neinGeht mit Hilfe [ ]  ja [ ]  neinKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Weichlagerung:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ergebnis Norton Skala:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Barthel Index**

|  |  |
| --- | --- |
| Langzeitbeatmung Oberösterreich |  |
| **Essen** |  | **Score bei Erstkontakt** | **Score bei Transfer** |
| Komplette selbständige oder selbständige PEG-Beschickung/-versorgung | 10 |[ ] [ ]
| Hilfe bei mundgerechter Zubereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung | 5 |[ ] [ ]
| Kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung | 0 |[ ] [ ]
| **Aufsetzten und Umsetzen** |  |  |  |
| Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll)-Stuhl und zurück | 15 |[ ] [ ]
| Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) | 10 |[ ] [ ]
| Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5 |[ ] [ ]
| Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert | 0 |[ ] [ ]
| **Duschen/Waschen** |  |  |  |
| Vor Ort komplett selbstständig incl. Zähne putzen, Rasieren, Frisieren | 5 |[ ] [ ]
| Erfüllt obige Bedingungen nicht | 0 |[ ] [ ]
| **Toilettenbenutzung** |  |  |  |
| Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toiletten oder Toilettenstuhl incl. Spülung/Reinigung | 10 |[ ] [ ]
| Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten (-stuhl) Benutzung oder Spülung erforderlich | 5 |[ ] [ ]
| Benutz faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl | 0 |[ ] [ ]
| **Baden/Duschen** |  |  |  |
| Selbstständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen oder abtrocknen | 5 |[ ] [ ]
| Erfüllt obige Bedingungen nicht | 0 |[ ] [ ]
| **Aufstehen/Gehen** |  |  |  |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Hilfe eines Gehwagens (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen | 15 |[ ] [ ]
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen | 10 |[ ] [ ]
| Mit Laienhilfe oder Gehhilfe vom Sitz in den Stand kommen und Strecken um Wohnbereich bewältigen; alternativ: im Wohnbereich selbstständig im Rollstuhl | 5 |[ ] [ ]
| Erfüllt obige Bedingungen nicht | 0 |[ ] [ ]
| **Treppensteigen** |  |  |  |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. Stöcke) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter gehen | 10 |[ ] [ ]
| Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter gehen | 5 |[ ] [ ]
| Erfüllt obige Bedingungen nicht | 0 |[ ] [ ]
| **An- und Auskleiden** |  |  |  |
| Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. Hilfsmittel) an und aus | 10 |[ ] [ ]
| Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus | 5 |[ ] [ ]
| Erfüllt obige Bedingungen nicht | 0 |[ ] [ ]
| **Stuhlinkontinenz** |  |  |  |
| Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung | 10 |[ ] [ ]
| Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung | 5 |[ ] [ ]
| Ist durschschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent | 0 |[ ] [ ]
| **Harninkontinenz**  |  |  |  |
| Harninkontinenz ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz oder versorgt einen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung/Bettwäsche)  | 10 |[ ] [ ]
| Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig mit überwiegendem Erfolg (durschschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung/Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei Versorgung des Harnkatethers | 5 |[ ] [ ]
| Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent  | 0 |[ ] [ ]
| **Barthel-Index****Summe** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Bewertung: |  |
| 100 Punkte: komplette Selbständigkeit | 35-80 Punkte: hilfsbedürftig |
| 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig | 0-30 Punkte: weitgehend hilfsbedürftig |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Ort: | Unterschrift DGKPKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Unterschrift Ärztin/ArztKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Sendung an Fax: 05055460-40932

Retoursendung an: johannes.zauner@ooeg.at