**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  nein  Unterbringungsform:  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 nein  Ethische Fallbesprechung: ja nein  Erwachsenenvertretung: ja nein  Pflegegeldantrag (Erhöhung): ja nein | | Sozialdienst/Entlassungsmanagement/Case&Care Manag.  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Reha Antrag wurde gestellt: ja nein  wurde gestellt am:  Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | |
| Zuweisende Klinik  Klicken 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.

|  |
| --- |
| Diagnosen  Medikamente (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, Stoma  Klicken 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, Kanülenhersteller  Tracheotomie-Art der Anlage  Chirurgisch  ja  nein  Dilatation  ja  nein  Tracheostoma, 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, PS  Absaugfrequenz  Weaning- 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 abgeklärt  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  welcher Dysphagiegrad  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Therapievorschlag Logopädie  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  HNO Befund:  ja  nein FEES:  ja  nein  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  **Physiotherapie**  Therapievorschlag Physiotherapie  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Maßnahmen bei Atempumpentraining  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Belastungsgrenzen  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Triflo:  ja  nein Coach:  ja  nein Peak-Flow:  ja  nein  **Ernährung/Ausscheidung**  enteral/parenteral  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Sonde  Welche PEG?  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  nasogastral Lokalisation Liegedauer  Focare MiniSoft Button  ja  nein  Wechselintervall: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Sondennahrung, Welche Menge, kont. oder intervall  Klicken 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  nein  Sitz im Querbett  ja  nein  Geht mit Hilfe  ja  nein  Klicken 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](mailto:johannes.zauner@ooeg.at)