



Name, Vorname der/des Versicherten: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherungsnummer: _____
Kostenträger: _____
Adresse: _____
Erstkontakt über: _____
ggf. Ansprechpartner: _____
Telefon: _____

Entlassungsdatum Krankenhaus: _____
Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

Anamnese:

Kehlkopf erhalten: ja nein teilweise
Stomaanlage: chirurgisch dilatativ
Tracheostoma: langfristig temporär
Schluckreflex: vorhanden Dysphagie
Shunt: ja nein
Beatmung: nein unter 16 Stunden über 16 Stunden
Versorgungssituation: Familie Pflegedienst Einrichtung
 selbständig
Mobil : ja teilweise nein, bettlägerig
Bewusstseinszustand: orientiert desorientiert

Sonstige Einflußfaktoren:

Peristomale Umgebung: reizlos gerötet nässend
 entzündet hypergranulierendes Gewebe
 Hautläsionen insuffiziente Nähte
 Kanülenart/Größe Typ _____
 Sprechventil Typ _____
Sekret normal übermäßig fest eitrig
Häufigkeit Absaugung ca. _____/Stunde

Bemerkungen: _____

(z. B. Hinweise zu multiresistenten Keimen)

Datum: _____

Unterschrift/Name der Pflegekraft: _____

Name, Vorname der/des Versicherten: _____
Geburtsdatum _____
Krankenversichertenr. _____
Adresse _____
Telefonnummer _____

Die Schulungsinhalte beziehen sich insbesondere auf die sichere Handhabung der Hilfsmittel und der Tracheostomapflege inklusive der Reinigung und Pflege der Hilfsmittel

Name, Vorname des Einweisenden

Einweisung und Schulung:

- Versicherte(r)/Patient
- Angehörige(r)
- Pflegedienst/-personal

Einweisung

Geräte:

- Absauggerät Hilfsmittelpositionsnummer _____
- Inhalationsgerät Hilfsmittelpositionsnummer _____
- Bakterienfilter _____
- Absaugkatheter _____
- Absaugtechniken _____

Zubehör:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kanülen | <input type="checkbox"/> Kanülentragebänder |
| <input type="checkbox"/> Reinigungsbürsten | <input type="checkbox"/> Reinigungspulver/-lösungen |
| <input type="checkbox"/> Stoma-Öl | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuffdruck-Messgerät | <input type="checkbox"/> Sprechventil _____ |

Tracheostoma-Schutz:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tracheostomakompressen | <input type="checkbox"/> künstliche Nasen |
| <input type="checkbox"/> Partikelfilter | <input type="checkbox"/> Larynxschutztücher |
| <input type="checkbox"/> Duscheschutz | <input type="checkbox"/> Trachealspritze |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Datum: _____

Unterschrift des Einweisenden: _____

Unterschrift des Eingewiesenen: _____