


<b>Titel:</b> Übernahme aus externer Klinik ins QZ		 <b>Zentralklinik Bad Berka</b>
<b>Gültigkeitsbereich</b> (Fachbereich, Berufsgruppe): QZ; Pflegedienst		
<b>Dokumentenart:</b> Formular / Checkliste	<b>gültig ab:</b> 16.12.2021	

## Übernahme aus externer Klinik ins QZ

### Unsere Kontaktdaten:

Zentralklinik Bad Berka  
 Querschnittgelähmten-Zentrum  
 Klinik für Paraplegiologie und Neurourologie  
 Chefärztin Dr. med. I. Kurze  
 Tel.: 036458-5-1407  
 Fax: 036458-5-3544

<b>Name d. verlegenden Klinik / Einrichtung:</b>	
<b>Name des Arztes und zwingend Telefonnummer</b> unter der wir Sie erreichen können:	
<b>Patientenname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Kostenträger:</b>	
<b>Pat. befindet sich aktuell auf:</b>	<input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> Normalstation
<b>Diagnose:</b>	
<b>Relevante Nebendiagnosen:</b>	
<b>Dialysepflichtig</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Verlegungsgrund/Aufnahmegrund:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Erstbehandlung</b> bei akuter QSL  <input type="checkbox"/> <b>Komplikationsbehandlung</b> (Spastik, Dekubitus, Infektion, Inkontinenz, Schmerzen...)
<b>Multiresistente Keime? Wo?</b>	<input type="checkbox"/> VRE: <input type="checkbox"/> MRGN: <input type="checkbox"/> MRSA:
<b>Respiratorisch stabil?</b> Beatmung: Weaning: Vorhandensein einer Trachealkanüle:	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> (sonst bitte weiter ausfüllen)
<b>Kreislaufstabil?</b> Katecholaminpflichtig:	<input type="checkbox"/> <b>ja</b> (sonst bitte weiter ausfüllen)
<b>Operation am:</b> Welche:	

	erstellt	freigegeben
am	16.12.2021	16.12.2021
von	Wilimzig, Christian	Kurze, Ines
	Revision 04	Seite 1 von 2

OE • \* ^ ä i ~ & i ó á } c \ | ä \* d ä æ ö [ \ ~ { ^ } ö ä @ ö ^ { Ä } ä ^ i ~ \* • ä ä } • ö ä f e ü ö ö e ö g h

<input type="checkbox"/> Weitere OP erforderlich? Wenn ja, welche?  Wann postop. Rö/MRT/CT Kontrolle empfohlen?	
<b>Postop. Antibiose?</b> Welche: Seit Wann: Warum:                   bis wann?	
<b>Übungs-/und Belastungsstabilität der Wirbelsäule gegeben?</b> Wenn <u>nicht</u> ab wann?	
<b>Orthesenversorgung?</b> Welche: Wie lange notwendig:	
<b>Bei Vorliegen eines Tumors:</b> Palliative/kurative Therapie? (Bitte vorangegangene Epikrisen der bisherigen Tumorthherapie mitfaxen)	<input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> kurative T. <input type="checkbox"/> palliative Therapie
<b>Bei Vorliegen einer Spondylodiszitis:</b> Abnahme von Blutkulturen?: Mikrobiologie - Blutkulturen: Herzecho erfolgt(TEE)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein /Myocarditisausschluss? Zahnarztvorstellung/Zahnstatus? Mikrobiologie- OP: Welche Antibiose: <input type="checkbox"/> testgerecht / <input type="checkbox"/> kalkuliert?:	
<b>Bei Traumata/Polytrauma:</b> Extremitätenverletzung? Übungs-/und Belastungsstabilität der Extremitäten gegeben? Wenn <u>nicht</u> ab wann?	
<b>Dekubiti:</b> Wo: Kategorie: Therapie: <input type="checkbox"/> OP / <input type="checkbox"/> Konservativ:	<input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja
<b>E-Briefe/OP Berichte/Radiologische Diagnostik (CT/MRT/RÖ) sowie aktuelles Labor bitte faxen an QZ Sekretariat 036458-53544</b>	

**!!!! BEI ÜBERNAHME DES PATIENTEN MÖCHTEN WIR SIE BITTEN, DIE BILDGEBUNG AUF CD MITZUGEBEN und einen aktuellen Entlassbrief**

OE • \* ^ ä i ~ & | á } c | | ä \* d ä æ ö [ \ ~ { ^ } ö ä @ & # ^ { Á } á ^ | ~ \* • ä ä } • ö ä f e ü ö i ö e e g h