

Checkliste zur Tracheostomaversorgung

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 h über 16 h
 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: _____

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

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: _____