



Anmeldung eines beatmeten Patienten für das Weaning

Anmeldung per Fax an: 05572 / 41-1709

Verlegende Klinik: Klinik-Name: _____ Station: _____ Tel. Arzt: _____ Tel. Pflege: _____ Verlegung möglich ab: _____	Patient: Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Betreuung: <input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Ehegatten-Notvertretung Name und Tel-Nr.: _____												
Hauptdiagnose: _____ Indikation Beatmung: _____ Vorerkrankungen: _____													
Beatmung Start invasive Beatmung: _____ Intubation: _____ Extubationsversuch: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Datum: _____ Tracheotomie: <input type="radio"/> dilat. Datum: _____ <input type="radio"/> chir. Datum: _____	Spontanatmungs- <input type="radio"/> nein versuche erfolgt <input type="radio"/> feuchte Nase <input type="radio"/> Phonation <input type="radio"/> CPAP/ASB > PEEP: _____ ASB: _____ Aktuelle Spontan- <input type="radio"/> nein atmungskapazität <input type="radio"/> feuchte Nase <input type="radio"/> Phonation <input type="radio"/> CPAP/ASB > PEEP: _____ ASB: _____ Dauer: _____												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Modus</td> <td style="width: 10%;">IPAP</td> <td style="width: 10%;">PEEP</td> <td style="width: 10%;">AF</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">FiO₂</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Modus	IPAP	PEEP	AF	TI	FiO ₂	_____	_____	_____	_____	_____	_____	BGA <input type="checkbox"/> Beatmung FiO ₂ pCO ₂ pO ₂ pH HCO ₃ _____ _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Spontan
Modus	IPAP	PEEP	AF	TI	FiO ₂								
_____	_____	_____	_____	_____	_____								
Bewusstsein <input type="radio"/> orientiert <input type="radio"/> desorientiert <input type="radio"/> sediert	Medikation: _____												
Kreislauf Katecholamine: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Präparat und Dosierung _____												
Niere Dialyse: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> kontinuierlich <input type="radio"/> intermittierend	Letztes Labor: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Harnstoff</td> <td style="width: 33%;">Krea</td> <td style="width: 33%;">eGFR</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">mg/dl</td> <td style="text-align: center;">mg/dl</td> <td style="text-align: center;">ml/min/1.73 m²</td> </tr> </table>	Harnstoff	Krea	eGFR	_____	_____	_____	mg/dl	mg/dl	ml/min/1.73 m ²			
Harnstoff	Krea	eGFR											
_____	_____	_____											
mg/dl	mg/dl	ml/min/1.73 m ²											
Infektiologie Relevante mikrobiologische Befunde: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____ Iso.-pfl. Keime: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	lfd. Antibiose: _____ Letztes Labor: Leukos CRP PCT _____ 10 ³ /µl _____ mg/l _____												
Zugänge/Drainagen <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> art. Kanüle <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> Demers <input type="checkbox"/> Sonstige: _____													
Ernährung <input type="radio"/> parenteral <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> NGS <input type="radio"/> PEG	<input type="radio"/> FEES erfolgt – Befund: _____												
Wunden/Dekubiti <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____	Mobilität _____												
Sonstiges: _____													

Wir bitten darum, ergänzend zu der Anmeldung, uns einen vorläufigen Arztbrief mit Krankheitsverlauf und aktueller Medikation zuzusenden.

 Datum, Unterschrift