

Verlegendes Krankenhaus

Klinik/Krankenhaus:

PLZ/Ort:

Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Patientendaten

(Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gesetzlicher Betreuer:

Ja

Nein

Größe:

 cm

Gewicht:

 kg

Vigilanz des Patienten:

RR:

Puls:

Diagnose

Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung & aktuelle Diagnosen

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Beatmung

Beginn der Beatmung:

Wurden bereits Spontanatmungsversuche durchgeführt? Ja Nein

wenn ja, waren diese erfolgreich? Ja Nein

Art der Beatmung: invasiv nicht-invasiv

Zugang: Trachealtubus Tracheotomie

Spontanatmungszeit / Tag: Stunden

Letzte BGA: PaCO₂ spontan mm/Hg

PaCO₂ unter Beatmung mm/Hg

PaO₂: mm/Hg

bei FiO₂:

Infektologie

MRSA: Ja Nein Nicht bestimmt

ESBL: Ja Nein Nicht bestimmt

Pseudomonas: Ja Nein Nicht bestimmt

3-MRGN/4-MRGN: Ja Nein Nicht bestimmt

Sonstiges:

Dialyse

Dialysepflicht: Ja Nein

Katecholamine

Katecholaminbedarf: Ja Nein

Zugänge/Ableitungen

Arterie: Ja Nein

ZVK: Ja Nein

Blasenkatheter: Ja Nein

Suprapubischer Katheter: Ja Nein

Labor

CRP:

Hb:

Kreatinin:

Dekubitus

Dekubitusulcera: Ja,

Nein

Anmerkungen/Sonstiges

**Bitte nach Möglichkeit den Arztbrief mit der aktuellen Medikation beilegen.
Vielen Dank!**

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus. Sie erhalten eine Rückmeldung durch das Weaningzentrum innerhalb von 24 Stunden.

Falls vorab noch Fragen zu klären sind, bitten wir Sie, sich unter der Telefonnummer **08171 / 75-144** zu melden (für dringende Rückfragen außerhalb der regulären Zeiten erfolgt Rufumleitung an Dienstarzt der Intensivstation 2).

Alternativ steht Ihnen unter www.weaning-wor.de auch unsere Online-Weaning-Anmeldung zur Verfügung.