

## 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: PaCO<sub>2</sub> spontan  mm/Hg

PaCO<sub>2</sub> unter Beatmung  mm/Hg

PaO<sub>2</sub>:  mm/Hg

bei FiO<sub>2</sub>:

## 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. Wir setzen uns nach Erhalt schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung.

Falls vorab noch Fragen zu klären sind, bitten wir Sie, sich unter der Telefonnummer **08171 / 75-144** zu melden.

Für Notfälle steht Ihnen der diensthabende Arzt der Inneren Abteilung unter der Nummer **08171 / 75-9305** jederzeit zur Verfügung.

Alternativ steht Ihnen unter [www.kreisklinik-wolfratshausen.de](http://www.kreisklinik-wolfratshausen.de) auch unsere Online-Weaning-Anmeldung zur Verfügung.