

Fax IMC&ITS	0341 909 1913
CA Dr. med. Stephan Nagel	0341 909 4212
OA Dr. med. Sebastian Gaiser	0341 909 4160

Anmeldung zum Weaning eines beatmeten Patienten

Anmeldende Klinik	
Name	
Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Therapien (OP. etc.)	
1.	
2.	
3.	

Stationärer Verlauf		
Aufnahme		
Intubation		
Tracheostomie		
	<input type="checkbox"/> perkutan	<input type="checkbox"/> operativ
Spontanatmung	Stunden	Minuten
NIV	seit	

Mikrobiologie		
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRGN 3 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ESBL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VRE	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige		

Aktuelles Labor	
CRP	
Hb	
Crea	

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO ₂ /l O ₂ /min		
p _a O ₂		
pCO ₂		

Pneumologische Vorerkrankungen	
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Heimbeatmung
<input type="checkbox"/> Lungenfibrose	<input type="checkbox"/> O ₂ -Langzeit
<input type="checkbox"/> andere	

Patientendaten		
Name		
Vorname		
Geb.-datum		
Größe/Gewicht	cm	kg
Angehöriger		
Telefon		
Betreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ansprechpartner		
Telefon		

Versorgungsstatus	
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Angehöriger
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung

Neurologie und Psyche	
<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> Schluckstörung
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> Apoplex
<input type="checkbox"/> unkooperativ	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> Alkoholabusus
<input type="checkbox"/> Komatös	<input type="checkbox"/> PNP/ CIP
<input type="checkbox"/> delirant	<input type="checkbox"/> hypoxischer Hirnschaden

Zugänge		
Arterie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Venenzugang	<input type="checkbox"/> peripher	<input type="checkbox"/> ZVK
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> transurethral	<input type="checkbox"/> suprapubisch
	<input type="checkbox"/> suprapubisch	
Ernährung	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG

Sonstiges		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalisation	<input type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Katecholamine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen	

Datum	
Unterschrift	