



ANMELDUNG WEANING- UND BEATMUNGSPATIENTEN

ggf. Patientenetikett	Patientendaten		
	Name: _____ Vorname: _____		
	Geburtsdatum: _____		
	Straße: _____ Nr.: _____		
	PLZ: _____ Wohnort: _____		
Krankenversicherung			
Versicherungs-Nr.			

Patientenverfügung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Vorsorgevollmacht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gesetzliche Betreuung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Angehörige
Kontakt Daten	Name			
	Vorname			
	Telefon			

Anmeldende Einrichtung	
Name: _____	
Anschrift: _____	
Anmeldende Station: _____	
Ansprechpartner: _____ Telefon: _____	
Anmeldedatum: _____ Gewünschtes Aufnahmedatum: _____	

Angaben zur Beatmungssituation				
Beatmungsgrund: _____				
Ursächliche Grunderkrankung: _____				
Beatmet seit: _____		Aktuelle Beatmungsmodi: _____		
Erster Spontanatemversuch:	Anzahl erfolgte Spontanatemversuche	Maximale Spontanatmungszeit	PaCO ₂ spontan unter Beatmung	
Beatmungszugang seit Größe	<input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	

BGA	Aktuelle FiO ₂			
	Aktuelle BGA vom		pH	
			PaCO ₂	
			O ₂ Sättigung	



Sonstige klinische Angaben									
Größe (cm)				Gewicht (Kg)					
Laborwerte		CRP:		Hb:				Kreatinin:	
Dialyse		nein <input type="checkbox"/>		Akut <input type="checkbox"/> CVVHD <input type="checkbox"/>		Heparin <input type="checkbox"/> Citrat <input type="checkbox"/>		Laufrate: ml/h	
Herz-Kreislauf		RR:		HF:					
Katecholaminbedarf		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche?					
Vigilanz:		Orientiert?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ggf. RASS-Score			
Dekubitus		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Lokalisation:					
Zugänge		<input type="checkbox"/> peripher		<input type="checkbox"/> ZVK		<input type="checkbox"/> Shaldon		<input type="checkbox"/> Demers	
Katheter/Dainagen		<input type="checkbox"/> BDK		<input type="checkbox"/> SPDK		<input type="checkbox"/> sonstige:			
Diagnostik durchgeführt		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
Ergebnis:		<input type="checkbox"/> Kein Erregernachweis		Nachgewiesene Erreger:		Nachweisdatum:			
				Acinetobacter baumannii		<input type="checkbox"/>			
				Candida spp.		<input type="checkbox"/>			
				Citrobacter spp.		<input type="checkbox"/>			
				Enterobacter cloacae		<input type="checkbox"/>			
				Enterococcus faecalis		<input type="checkbox"/>			
				Enterococcus faecium		<input type="checkbox"/>			
				Escherichia coli		<input type="checkbox"/>			
				Klebsiella spp		<input type="checkbox"/>			
				Pseudomonas aeruginosa		<input type="checkbox"/>			
				Serratia marcescens		<input type="checkbox"/>			
				Staphylococcus aureus		<input type="checkbox"/>			
				Stenotrophomonas maltophilia		<input type="checkbox"/>			
				Streptococcus pneumoniae		<input type="checkbox"/>			
COVID		Aktueller negativer PCR-Test SARS-CoV-2 innerhalb von 48h vor Übernahme		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
		Ergebnis vom:		Ergebnis aus:		<input type="checkbox"/> Nasenabstrich		<input type="checkbox"/> Rachenabstrich	
						<input type="checkbox"/> Trachealsekret			

Anmerkung:

Bitte um Organisation des Patiententransportes mit dem Ziel, eine stationäre Aufnahme am geplanten Tag bis 13 Uhr zu erreichen.