



ANMELDUNG WEANING- UND BEATMUNGSPATIENTEN

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

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

Anmeldende Einrichtung	
Name:	
Anschrift:	
Anmeldende Station:	
Ansprechpartner:	Telefon:
Anmelde datum:	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	
BGA	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch			
Aktuelle FiO ₂				
Aktuelle BGA vom		pH		PaO ₂
		PaCO ₂		HCO ₃ ⁻
		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"/> Sheldon	<input type="checkbox"/> Demers
Katheter/Dainagen	<input type="checkbox"/> BDK	<input type="checkbox"/> SPDK	<input type="checkbox"/> sonstige:	

Diagnostik durchgeführt ja nein

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"/>

Aktueller negativer PCR-Test SARS-CoV-2 innerhalb von 48h vor Übernahme (Vor Übernahme erforderlich) ja nein

Ergebnis vom: **Ergebnis aus:** Nasenabstrich Rachenabstrich Trachealsekret

Problemkeime

COVID

Anmerkung:

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