



## ANMELDUNG

### Potenzialerhebung Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung

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

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

<b>Anmeldende Praxis / Intensivpflegedienst</b>	
Name: _____	
Anschrift: _____	
Ansprechpartner: _____	Telefon: _____
Anmeldedatum: _____	Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

<b>Angaben zur Beatmungssituation</b>		
Beatmungsgrund: _____		
Ursächliche Grunderkrankung: _____		
Beatmet seit: _____		
Aktuelle Beatmungsmodi: _____		
Beatmungszugang <input type="checkbox"/> Maske		<input type="checkbox"/> Tracheostoma
		<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch
seit _____		
Größe _____		

Anmerkungen: _____	
_____	
_____	
_____	



Sonstige klinische Angaben				
Größe (cm)		Gewicht (Kg)		
Dialyse		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Herz-Kreislauf		RR:		HF: <input type="checkbox"/>
Vigilanz:		Orientiert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. RASS-Score
Dekubitus		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Lokalisation:	
Katheter/Drainagen		<input type="checkbox"/> BDK	<input type="checkbox"/> SPDK	<input type="checkbox"/> sonstige:
Problemkeime	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"/>	

**Anmerkung:**

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