



ANMELDUNG WEANING- UND BEATMUNGSPATIENTEN

ggf. Patientenetikett	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:
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	<input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Endotrachealtubus	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	
seit				
Größe				

BGA	Aktuelle FiO ₂			
	Aktuelle BGA vom		pH	
			PaCO ₂	PaO ₂
			O ₂ Sättigung	HCO ₃ ⁻



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"/>	Lauftrate: _____ 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	<input type="checkbox"/> Arterie (auch Picco)
Katheter/Dainagen	<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	<u>Nachgewiesene Erreger:</u>	<u>Nachweisdatum:</u>	
			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"/> (Vor Übernahme erforderlich)				
	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.