

## Erreichbarkeiten

Fax ITS	0341 423 1659
Fax IMC	0341 423 1557
CA Stephan Nagel	0341 423 2101
OA Dr. Sebastian Gaiser	0341 423 2150

## Anmeldung zum Weaning eines beatmeten Patienten

Anmeldende Klinik	
Name	
Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Therapien (OP. etc.)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Stationärer Verlauf		
Aufnahmedatum		
Intubationsdatum		
Tracheostomie		
	<input type="checkbox"/> Perkutan	<input type="checkbox"/> Chirurg.
(Assis.) Spontanatmung atmung	_____	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Std.
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	

Patientendaten		
Name		
Vorname		
Geb.-datum		
Größe/ Gewicht	cm	kg
Angehöriger		
Telefon		
Betreuung	ja	nein
Ansprechpartner		
Telefon		

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO <sub>2</sub> /I O <sub>2</sub> /min		
p <sub>a</sub> O <sub>2</sub>		
pCO <sub>2</sub>		

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

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

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	
Ernährung	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> PEG

## Erreichbarkeiten

Fax ITS	0341 423 1659
Fax IMC	0341 423 1557
CA Stephan Nagel	0341 423 2101
OA Dr. Sebastian Gaiser	0341 423 2150

Sonstiges		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Lokalisation	<input type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Katecholamine lfd.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Datum	
Unterschrift	

