

ANMELDEBOGEN für die Weaningstation/Intensivstation

Per Fax bitte an

+49 (0) 2372 / 908 – 2051

Ansprechpartner

OÄ Frau Dr. U. Kreppein ☎ +49(0)2372/908-2548
 OA Herr Dr. T. Hardebusch ☎ +49(0)2372/908-2533
 OA Herr Dr. P. Litterst ☎ +49(0)2372/908-2545
 Sekretariat Pneumologie ☎ +49(0)2372/908-2201
 Station ☎ +49(0)2372/908-2565

Verlegende Klinik	
Name	
Straße	
PLZ/Stadt	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	
eMail	

Patient	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße	
PLZ/Stadt	
Angehöriger Name	
Telefon	
Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ansprechpartner	
Telefon	

Anthropometrische Daten	
Größe	
Gewicht	
BMI	

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme	
Selbständig	
Angehörige	
Pflegedienst	
Pflegeeinrichtung	

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

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

Stationärer Verlauf		
Aufnahme	Datum	
Intubation	Datum	
Tracheotomie	Datum	
	<input type="checkbox"/> Perkutan <input type="checkbox"/> Chirurgisch	
1. SBT (Spontanatmungsversuch) ***	Datum	
Bisherige SBT's	Anzahl	
NIV	Seit	

Aktueller Befund	
Wach	
Kooperativ	
Unkooperativ	
Schläfrigkeit	
Komatös	

*** SBT = feuchte Nase, Sprechventil oder CPAP/ASB mit Tubuskompensation

ANMELDEBOGEN für die Weaningstation/Intensivstation

Motivation
<input type="checkbox"/> Sehr gut
<input type="checkbox"/> Gut
<input type="checkbox"/> Mäßig
<input type="checkbox"/> Gar nicht

Psychischer Zustand
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Depressiv
<input type="checkbox"/> Suizidal
<input type="checkbox"/> Aggressiv

Mobilität	
<input type="checkbox"/> Bettlägrig	<input type="checkbox"/> Bettkante
<input type="checkbox"/> Steht	<input type="checkbox"/> Läuft
<input type="checkbox"/> Mobi-Stuhl	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	

Mikrobiologie	
MRSA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
MRGN <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
MRSE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
VRE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige	

Antibiotische Vorbehandlung	von	bis

Aktuelle Medikation	
Katecholamine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Aktuelles Labor			
CRP		Na	
Hb		Leucos	
Krea		Thrombos	
Harnstoff		Bili	
K		GPT	

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO ₂ / L O ₂ /min		
pO ₂		
pCO ₂		
pH		
BE		
SaO ₂		

Ventilatoreinstellung	
Modus	
Pinsp	
PEEP	
FiO ₂ /L O ₂ /min	
AF	
I:E	
Tinsp	

Zugänge	
Arterie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Venenzugang	<input type="checkbox"/> Peripher <input type="checkbox"/> ZVK
Blasenkatheter	Transurethral
	Suprpubisch
Ernährung	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG

Sonstiges	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Passager

Bemerkungen