

**Per Fax bitte an  
+49 2372 908-2051**

**Ansprechpartner**

OÄ Frau Dr. G. Holinka            J +49 2372 908-2242  
OÄ Frau MUDr. L. Cordes        J +49 2372 908-2516  
OA Herr K. Öztürk                J +49 2372 908-2519  
OA Herr P. Thrull                 J +49 2372 908-2518  
OA Herr J. Quellenberg         J +49 2372 908-2512  
Intensivstation                    J +49 2372 908-2365  
Teamassistentz Fr. Fingerhut    J +49 2372 908-2706

Verlegende Klinik	
Name	
Straße	
PLZ/Stadt	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	
eMail	

Anthropometrische Daten	
Größe	
Gewicht	
BMI	

Aktueller Befund			
<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös
<input type="checkbox"/> analgosediert mit:			
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> unkooperativ	<input type="checkbox"/> delirant	
<input type="checkbox"/> Atmung spontan	<input type="checkbox"/> invasiv beatmet	<input type="checkbox"/> NIV	

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Mikrobiologie	
<b>Bitte faxen Sie uns die aktuellen Befunde im Rahmen dieser Anmeldung zu!</b>	
MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ort:
MRGN <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ort:
VRE	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ort:
<b>Abstriche dürfen max. eine Woche alt sein.</b>	
COVID-19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>PCR-Test darf max. 48 Std. alt sein.</b>	
COVID-19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Z.n. COVID-19 mit 2 neg. Abstr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Influenza	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Clostr. difficile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige:	

Patient (bitte deutlich schreiben od. Patientenetikett)	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße	
PLZ/Stadt	
Krankenkasse/Vers.Nr.	
Konfession	
Kontaktperson	Name/Tel.
Gesetzl. Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Arbeit
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ansprechpartner	Name/Tel.
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Versorgung durch	Name
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Heim	
<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung:	Name/Ort
<input type="checkbox"/> Beatmungs-WG:	Name/Ort

Therapien / OPs ect.	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Antibiotische Vorbehandlung		
Medikament	von	bis
<b>Aktuelle Medikation</b>		
<b>Katecholamine</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Stationärer Verlauf		
Aufnahme	Datum	
Intubation	Datum	
Tracheotomie	Datum	
	<input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> plastisch	
Kanüle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Größe: <input type="text"/>
NIV seit:	Datum	
FiO <sub>2</sub> bzw. O <sub>2</sub> l/min:	<input type="text"/>	
Transfusionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	BG: <input type="text"/>
Sepsis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mobilität
<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Mobi-Stuhl <input type="checkbox"/> steht <input type="checkbox"/> läuft
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
Psychischer Zustand
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> suizidal <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> ängstlich
Motivation
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> gar nicht

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
Dialysezugang	<input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> Shaldon
	<input type="checkbox"/> Demerskatheter
	<input type="checkbox"/> andere
Ernährung	<input type="checkbox"/> isst <input type="checkbox"/> trinkt
	<input type="checkbox"/> parenteral
	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG
Drainagen <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	Ort <input type="text"/>

Sonstiges	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lokalisation / Grad	<input type="text"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
passager	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: <input type="text"/>
Dialysezentrum:	<input type="text"/>
kontinuierlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: <input type="text"/>
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: <input type="text"/>

Aktuelles Labor			
Hb	<input type="text"/>	Na	<input type="text"/>
Leukos	<input type="text"/>	K	<input type="text"/>
Thrombos	<input type="text"/>	Bili	<input type="text"/>
Krea	<input type="text"/>	GPT	<input type="text"/>
Harnstoff	<input type="text"/>	PCT	<input type="text"/>
CRP	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Aktuelle BGA	spontan	Beatmung
FiO <sub>2</sub> / O <sub>2</sub> l/min	<input type="text"/>	<input type="text"/>
pO <sub>2</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
pCO <sub>2</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
pH	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SaO <sub>2</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ventilatoreinstellung			
Modus	<input type="text"/>	AF	<input type="text"/>
FiO <sub>2</sub> / O <sub>2</sub> l/min	<input type="text"/>	I:E	<input type="text"/>
Pinsp	<input type="text"/>	Tinsp	<input type="text"/>
PEEP	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Bemerkungen

Bitte denken Sie daran, bei der Verlegung die komplette Bildgebung mitzugeben - auf CD gebrannt oder auch gerne vorab über den Datentunnel. Herzlichen Dank!