

Fax: 03473 97- 4176

Anmeldung Weaning

Datum:

Patientendaten: (ggf. Aufkleber)

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

Absender: (ggf. Stempel)

(Name/Station)

(Krankenhaus)

(Telefonnummer)

(ggf. Adresse)

(ggf. Adresse)

Gewünschter Verlegungszeitpunkt:

sofort ab (bitte Datum angeben): _____

Relevante Diagnosen: (ggf. vorhandenen Bericht anfügen)

a) Diagnose(n)/Ursache(n) für Beginn der Beatmung?

b) Aktuelle Diagnose/Ursache(n) für Fortsetzung der Beatmung?

Ggf. Kurzepikrise: (Stichworte ausreichend, wenn vorhanden, bitte Bericht anfügen)

Beatmung: Beginn am

Tracheostoma intubiert
 nicht-invasiv beatmet

Letzte BGA unter Beatmung vom:

pCO₂: mmHg/kPa*

Letzte BGA unter Spontanatmung (z.B. feuchte Nase) (oder p_{supp} < 6mbar) vom:

pCO₂: mmHg/kPa*

Unter Beatmung (Datum):

pO₂ mmHg/kPa* bei FiO₂:

*Zutreffendes einkreisen

Multiresistente Erreger (MRE):

MRSA MRGN VRE
 VRSA C. difficile
 Panresistenter Erreger z.B. Acinetobacter baumannii
 keine MRE andere:

Katecholamine?

Ja Nein

Dialyse/HF/CVVH?

Ja Nein

Intravasale Zugänge:

Flexüle ZVK Sheldon
 Permanent-Katheter Arterie
 Blasenkatheeter suprapubisch

Sonstiges/Anmerkungen:

Letztes Labor (Datum):

CRP: Hb: Krea:

Größe: cm Gewicht: kg

Dekubitus

GCS: (3-15)

oder

RASS: -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +3 +4*

*Zutreffendes einkreisen

Rückruf erbeten

Telefonnummer für Rückfragen 03473 97-4101 **oder** per E-Mail: ktho.med@aschersleben.ameos.de

Bitte nicht ausfüllen:

Zugesagter Übernahmetermin für:

Datum

Unterschrift