

Bitte als Fax senden an
0471 182-1372



AMEOS Klinikum Am Bürgerpark
Bremerhaven

Klinik für Pneumologie, Intensiv-
und Beatmungsmedizin
Sekretariat
Tel. 0471 182-1236

Anmeldung durch:

Ärztin/Arzt: _____

Abteilung/Station: _____

Klinikum: _____

Telefonnummer: _____

Anmeldung zur Weaning-Behandlung (Anforderung des WeanNet)

Liebe Kollegin, lieber Kollege,
bitte teilen Sie uns folgende Daten Ihrer Patientin/Ihres Patienten mit, damit wir Ihre Anfrage bearbeiten können.

Datum der Anfrage: _____

Patient

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Krankenversicherung: _____ Betreuung: _____

Stationär seit: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en):

1. _____

2. _____

Als Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose(n):

1. _____

2. _____

Weitere Diagnose(n):

3. _____ 5. _____

4. _____ 6. _____

Dekubiti (Lokalisation/Größe/Grad):

1. _____

2. _____

Spezielle Lagerung (Bett/Matratze): _____

Labor vom: _____ CRP _____ mg/dl Hb _____ g/dl Krea _____ mg/dl

Zugänge: ZVK SPK DK Shaldon art.Kan. MS

Beatmung:

Seit wann ist der Patient beatmet? _____

Tracheotomie: Nein Ja wann? _____ dilatativ plastisch

Trachealkanüle Größe/Art _____

Maximale Dauer der spontanen Atmung _____ min

im Modus CPAP/ASB feuchte Nase Sprechkanüle

Aktuelle BGA unter Spontanatmung

pH _____ PaO₂ _____ PaCO₂ _____ HCO³ _____ BE _____

Aktuelle BGA unter maschineller Beatmung

pH _____ PaO₂ _____ PaCO₂ _____ HCO³ _____ BE _____

im Modus _____

PEEP _____ PInsp _____

FIO₂ _____ AF/min _____

Problemkeime:

nicht bekannt

ja

MRSA

ESBL

andere

Ort _____

seit _____

Antibiotische Therapie:

1. _____ von/bis _____

2. _____ von/bis _____

3. _____ von/bis _____

4. _____ von/bis _____

PEG/PEJ? Nein Ja

Dialysepflichtig? Nein Ja

Katecholamine: Nein Ja

Dosis: _____

Sedierung/Analgesie: Nein Ja

Dosis: _____

Vigilanz: _____ Ramsay-Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6

Frühester Verlegungszeitpunkt: _____