

Anmeldung für die
Weaning-Station

Helios Klinikum Krefeld

Patient:

Diagnosen:

Beatmung seit wann ?

Operation (ja / nein) wann ? welche ?

Erster Spontanatemversuch(Datum/Wie lange)

.....
Grund für den Abbruch?.....

Labor (CRP, Crea, Hb):

Vigilanz ? :.....

Größe/Gewicht? :.....

Dekubitusulcera? Wo/Grad?

.....
Katecholamine ? ja / nein derzeitige Beatmungsform :

Dialyse ? ja / nein Sauerstoff /.....Liter oder FiO2.....

Drainagen ja / nein aktuelle BGA pO2..... mmHg , pCO2.....mmHg

Trachealkanüle ja / nein

Multiresistente Keime Welche und Wo?:

.....
(wichtig für das Bettenmanagement)

Zuweisende Klinik:

Übernahme möglich ab

Adresse, Name des zuständigen
Arztes/Ärztin, Telefonnummer

Bitte faxen an

02151/321996

wir melden uns kurzfristig telefonisch