

## Anmeldung von Weaningpatienten

Tel.: 05341/835-3510

Fax: 05341/835-1845

[k YU\]b\[ "gUn \]HM4\ Y\]cg\[ Yg bX\ Y\]HX](#)

### Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:          cm          Gewicht:          kg

Straße/ Haus-Nr:

PLZ/ Wohnort:

Versicherung:

Patientenverfügung:          Ja          Nein

### Angehörig(e)

### Vorsorgebevollmächtigte(r)

### Gesetzlicher Betreuer(in)

Name:

Vorname:

Telefonnummer 1:

Telefonnummer 2:

### Anmeldende Einrichtung

Datum der Anmeldung:

Gewünschtes Übernahmedatum:

Name der Einrichtung:

Station:

Straße/ Haus-Nr:

PLZ/ Ort:

Name des Ansprechpartners:

Telefon:

### Standardinformationen

Grund für die Beatmung:

Andere Vor-/ Grunderkrankungen:

Beatmet seit:

Beatmungsmodus:

Tracheostoma

Tubus

NIV-Maske

Spontanatemversuch:          Nein

Ja, Anzahl:

Spontanatmung:          h/d

Ziel:          komplette Entwöhnung

Heimbeatmungseinstellung

Aktuelle FiO<sub>2</sub>:

Sauerstoffsättigung:

%

paO<sub>2</sub>:

mmHg

pH:

paCO<sub>2</sub> unter Beatmung:

mmHg

paCO<sub>2</sub> spontan:

mmHg

Bearbeiter/-in	Freigeber/-in	Version	Wiedervorlage	Seite
Stolze, Ramona	Dr. med. Casu, Sebastian	001/07.2017	12.07.2019	Seite 1 von 2

## Neurologie

Wach, orientiert                      Wach, akut desorientiert                      Wach, bekannte Demenz  
 Nicht wach, analgosediert mit:  
 Nicht wach ohne Analgosedierung, weil:  
 Fokal neurol. Defizit (Art & Zeitpunkt):

## Herz-/ Kreislauf- Situation

Katecholamine:                      Nein                      Ja, Art und Dosierung:  
 Herzfrequenz:                      Blutdruck:  
 Echocardiographiebefund:

## Infektiologie

**Keine isolationspflichtigen Erreger**, Datum der letzten Abstrichserie:  
**Isolationspflichtige Erreger**, Art:  
 Ort:                      Nachweisdatum:  
 CRP:                      PCT:                      Leukozytenzahl:  
 Aktuelle Antibiotikatherapie:                      Nein                      Ja,

## Niere

Nierenersatztherapie:                      Nein                      Ja, seit:                      Art:  
 Serumkreatinin:                      Harnstoff:                      K<sup>+</sup>:

## Zugänge

ZVK, seit:                      Arterielle Kanüle, seit:  
 PEG / PEJ, seit:                      Dialysekatheter, Art:                      seit:  
 Transurethraler Katheter, seit:                      Suprapubischer Katheter, seit:  
 Sonstige Katheter, Art:                      , seit:

## Bemerkungen und Besonderheiten

Bearbeiter/-in	Freigeber/-in	Version	Wiedervorlage	Seite
Stolze, Ramona	Dr. med. Casu, Sebastian	001/07.2017	12.07.2019	Seite 2 von 2