

Weaning-Übernahmeanfrage

Datum:

! Bitte sorgfältig ausfüllen und ankreuzen !

Patientendaten

Name, Vorname:					
Geburtsdatum:		Größe in cm:		Gewicht in kg:	
Adresse:					
Krankenversicherung:					
Angehörige/Betreuer:		Tel.-Nr.:			

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Krankenhaus:		Tel.-Nr. (Zentrale):	
Station:		Tel.-Nr.:	
☐ Intensivstation	☐ Intermediate Care	☐ Allgemeinstation	
Ärztl. Ansprechpartner:		Tel.-Nr.:	
Auf ihrer Station seit:		In stationärer Behandlung seit:	

Anamnese

Diagnose bei Aufnahme in ihr Krankenhaus:			
Grund der Beatmungspflichtigkeit:			
Erstdiagnose am:			
Weitere Diagnosen / Nebendiagnosen:			
☐ Akute Niereninsuffizienz	☐ Chron. Niereninsuffizienz	☐ Koronare Herzerkrankung	
☐ Arterielle Hypertonie	☐ COPD	☐ Adipositas per magna	
☐ Diabetes mellitus	☐ Dialysepflicht	☐ Z.n. Apoplexie	
☐ Sonstige Diagnosen:			
Medikation vor Krankenhausaufnahme:			

Derzeitige Medikation und Dosierung

Analgetika:	
Sedativa:	
Katecholamine:	
aktuelle Antibiose (Dosis, Dauer):	
vorherige Antibiose (Dosis, Dauer):	
Sonstige Medikation:	

Beatmungs-Historie / -Ausstattung

Beatmet seit:		☐ invasiv	☐ nicht-invasiv
Beatmungs-/ Intubations-Indikation:			
Anzahl Extubationsversuche:			
☐ Tubus	Größe:		Charrière (CH) seit:
☐ Tracheostoma	Größe:		Charrière (CH) seit:
Sonstiges (z.B. Zugänge, Blasenkatheter, Dekubitus):			

Respiratorischer Status

momentane Beatmungsform (z.B. IPPV):		ca. Std./Tag:					
Parameter AF, AZV, PEEP, (etc):							
paO ₂ :		mmHg	paCO ₂ :		mmHg	pH:	
BE:		mmol/L	Bicarbonat:		mmol/L		
Spontanatmung mit		L O ₂ /min.	ca. Std./Tag:				
paO ₂ :		mmHg	paCO ₂ :		mmHg	pH:	
BE:		mmol/L	Bicarbonat:		mmol/L		

Vigilanzstatus

☐ agitiert	☐ ruhig und wach	☐ sediert, aber weckbar	☐ tief sediert
-----------------------------------	---	--	---------------------------------------

Hilfebedarf

	selbständig	mit Hilfe	unselbständig	übernimmt Angehöriger / eigene Assistenz
Lagerung				
Mobilisierung				
Körperpflege				
Ernährung*				

☐	*Oral	☐	*Enteral**	☐	*Parenteral
**Unverträglichkeiten gegen bestimmte Sondennahrung:					

Aktuelles Labor

Bitte aktuelles Laborblatt dazu legen bzw. hier die wichtigsten Werte eintragen, wie

Kalium:		Gluc:		Hb:		Ferritin:	
Leberwerte:		Kreatinin:		CrP:			

Problemkeime

	aktuelles Abstrichdatum:	3 Abstrichorte (z.B.):	+ Befund	- Befund
MRSA		☐ nasal	☐ positiv	☐ negativ
		☐ axillar	☐ positiv	☐ negativ
		☐ perineal	☐ positiv	☐ negativ
		☐ nasal	☐ positiv	☐ negativ
		☐ axillar	☐ positiv	☐ negativ
		☐ perineal	☐ positiv	☐ negativ

Dringlichkeitsstufe der Weaning-Übernahme

☐ hoch (in 1-3 Tagen)	☐ mittel (in 3-7 Tagen)	☐ niedrig (in 7 Tagen)
--	--	---

Unterschrift des ausstellenden Arztes:

Senden per eMail

Drucken

Bitte senden Sie diese Übernahme-Anfrage entweder digital (nur mit Acrobat Professional möglich) oder ausgedruckt per Fax an: +49 (0)208 / 697- 4203