

Steinbrinkstraße 96a, 46145 Oberhausen

Phone: +49 (0)208 / 697-4017 (Beatmungsstation), -4018 (ITS), -4201 (Chefsekretariat)

Fax: +49 (0)208 / 697-4053 (Beatmungsstation), -4123 (ITS), -4203 (Chefsekretariat)

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.:			
<input type="checkbox"/> Intensivstation	<input type="checkbox"/> Intermediate Care	<input type="checkbox"/> 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:					
<input type="checkbox"/> Akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Chron. Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung			
<input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Adipositas per magna			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Dialysepflicht	<input type="checkbox"/> Z.n. Apoplexie			
<input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> nicht-invasiv
Beatmungs-/ Intubations-Indikation:			
Anzahl Extubationsversuche:			
<input type="checkbox"/> Tubus	Größe:		Charrière (CH) seit: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	Größe:		Charrière (CH) seit: <input type="text"/>
Sonstiges (z.B. Zugänge, Blasenkatheter, Dekubitus):			

Respiratorischer Status

momentane Beatmungsform (z.B. IPPV):		ca. Std./Tag:	
Parameter AF, AZV, PEEP, (etc):			
paO ₂ :	<input type="text"/> mmHg	paCO ₂ :	<input type="text"/> mmHg
BE:	<input type="text"/> mmol/L	Bicarbonat:	<input type="text"/> mmol/L
Spontanatmung mit	<input type="text"/>	L O ₂ /min.	ca. Std./Tag: <input type="text"/>
paO ₂ :	<input type="text"/> mmHg	paCO ₂ :	<input type="text"/> mmHg
BE:	<input type="text"/> mmol/L	Bicarbonat:	<input type="text"/> mmol/L

Vigilanzstatus

<input type="checkbox"/> agitiert	<input type="checkbox"/> ruhig und wach	<input type="checkbox"/> sediert, aber weckbar	<input type="checkbox"/> tief sediert
-----------------------------------	---	--	---------------------------------------

Hilfebedarf

	selbständig	mit Hilfe	unselbständig	übernimmt Angehöriger / eigene Assistenz
Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> *Oral	<input type="checkbox"/> *Enteral**	<input type="checkbox"/> *Parenteral
**Unverträglichkeiten gegen bestimmte Sondennahrung:		

Aktuelles Labor

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

Kalium:	<input type="text"/>	Gluc:	<input type="text"/>	Hb:	<input type="text"/>	Ferritin:	<input type="text"/>
Leberwerte:	<input type="text"/>	Kreatinin:	<input type="text"/>	CrP:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Problemkeime

	aktuelles Abstrichdatum:	3 Abstrichorte (z.B.):	+ Befund	- Befund
MRSA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nasal	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
		<input type="checkbox"/> axillar	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
		<input type="checkbox"/> perineal	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nasal	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
		<input type="checkbox"/> axillar	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
		<input type="checkbox"/> perineal	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> 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- 4053