

<p><b>KONTAKT</b></p> <p><b>Lungenklinik Neustadt GmbH</b>  <b>Weaning-/Intensivstation</b>                  Badestraße 23                  99768 Harztor OT Neustadt/Harz                  FAX 036331/361 88 (Verwaltung)</p>	<p>ÄRZTLICHER DIREKTOR  <b>Dr. med. Bernd Kurz</b>                  TEL 036331/361 921 (Sekretariat)                  TEL 036331/361 912</p> <p>WEANING/INTENSIVSTATION                  TEL 036331/361 904</p> <p>ATMUNGSTHERAPEUT                  TEL 036331/361 966</p>
 <b>PER FAX AN 036 331/361 39</b>	

## Anmeldung für die Weaning-/Intensivstation

**Verlegende Klinik / Intensivpflege**

Name	Straße	PLZ/Stadt
Ansprechpartner		
Telefon	Fax	E-Mail

**Patient**

Vorname, Name	Geb. Datum	
Straße	PLZ/Stadt	
Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	BMI
Name / Telefon-Nr. des nächsten Verwandten		
Ist der Patient betreut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
durch Name/Telefon		

### Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme

- Selbständig
  Angehörige
  Pflegedienst
  Pflegeeinrichtung

### Aktueller Befund

- Wach
  Kooperativ
  Unkooperativ
  Komatös
  Schläfrigkeit

Sediert  Ja, mit \_\_\_\_\_  Nein

**Hauptdiagnose** \_\_\_\_\_  
 (führende Ursache der Beatmung)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Nebendiagnosen/Therapien (OP, etc.)** \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

NIV \_\_\_\_\_  
Seit \_\_\_\_\_

\*\*\* SBT  
Feuchte Nase, Sprechventil oder CPAP/ASB mit Tubenkompensation

**Stationärer Verlauf**

Aufnahme \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Intubation \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Tracheotomie \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

1. SBT (Spontanatmungsversuch)\*\*\*  
 Perkutan  Chirurgisch  
\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Bisherige SBT's \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_

Spontanatmung \_\_\_\_\_  Min.  Std.  
Dauer \_\_\_\_\_

**Antibiotische Vorbehandlung**

\_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

**Motivation**  Sehr gut  Gut  Mäßig  Gar nicht

**Psychischer Zustand**  Normal  Depressiv  Suizidal  Aggressiv

**Mobilität**  Bettlägrig  Steht  Mobi-Stuhl  Hilfsmittel  Bettkante  Lläuft

**Mikrobiologie**

MRSA  Ja  Nein

MRCN  3  4  Ja  Nein

MRSE  Ja  Nein

VRE  Ja  Nein

Sonstige \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Katecholamine  
 Ja, Dosis: \_\_\_\_\_  Nein

**Aktuelles Labor**

CRP \_\_\_\_\_ Na \_\_\_\_\_

Hb \_\_\_\_\_ Leucos \_\_\_\_\_

Krea \_\_\_\_\_ Thrombos \_\_\_\_\_

Harnstoff \_\_\_\_\_ Bili \_\_\_\_\_

K \_\_\_\_\_ GPT \_\_\_\_\_

**Aktuelle BGA**

	Spontan	Beatmung
FiO <sub>2</sub> /L O <sub>2</sub> /min	_____	_____
pO <sub>2</sub>	_____	_____
pCO <sub>2</sub>	_____	_____
pH	_____	_____
BE	_____	_____
SaO <sub>2</sub>	_____	_____

**Ventilatoreinstellung**

Modus \_\_\_\_\_

Pinsp \_\_\_\_\_

PEEP \_\_\_\_\_

FiO<sub>2</sub>/L O<sub>2</sub>/min \_\_\_\_\_

AF \_\_\_\_\_

I:E \_\_\_\_\_

Tinsp \_\_\_\_\_

**Zugänge**

Arterie  Ja  Nein

Venenzugang  Peripher  ZVK

Blasenkatheter \_\_\_\_\_  
Transurethral  Suprabubisch

Ernährung  oral  MS  PEG

**Sonstiges**

Dekubitus  Ja \_\_\_\_\_  Nein  
Lokalisation \_\_\_\_\_

Schluckstörung  Ja  Nein

Dialyse  Ja \_\_\_\_\_  Nein  
Passager \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift