

Anmeldung für die Weaning- und Intensivstation

Kontakt		
Adresse	Telefon	
Lungenklinik Neustadt GmbH Weaning-/Intensivstation Badestraße 23 99768 Harztor OT Neustadt/Harz	Sekretariat	036331 / 36 1921
	Weaning-/Intensivstation	036331 / 36 1904
	Atmungstherapeut	036331 / 36 1966

	PER FAX AN 036331 / 36 101
---	-----------------------------------

Verlegende Klinik		
Name	Straße	PLZ/Stadt
Ansprechpartner		
Telefon	Fax	E-Mail

Patient			
Name, Vorname	Straße	PLZ/ Stadt	
Geburtsdatum	Größe (in cm)	Gewicht (in kg)	BMI
Name und Telefonnummer des nächsten Angehörigen		Betreuung	
Name und Telefonnummer des nächsten Ansprechpartners		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme

Selbständig
 Angehörige
 Pflegedienst
 Pflegeeinrichtung

Aktueller Befund

Wach
 Kooperativ
 Unkooperativ
 Schläfrig
 Komatös

Sediert
 Ja, mit _____
 Nein

Hauptdiagnose (führende Ursache der Beatmung)
1.
2.
3.
4.
5.

Nebendiagnosen/ Therapien (OP, etc.)
1.
2.
3.
4.
5.

Anmeldung für die Weaning- und Intensivstation

Stationärer Verlauf	
Datum Aufnahme:	
Datum Intubation:	
Datum Tracheotomie:	
<input type="checkbox"/> Perkutan <input type="checkbox"/> Chirurgisch	
Datum 1. SBT (Spontanatmungsversuch)**:	
Anzahl bisherige SBT's:	
Spontanatmung Dauer:	<input type="checkbox"/> Min. <input type="checkbox"/> Std.

Antibiotische Vorbehandlung	von	bis

NIV	_____
	Seit _____

*** SBT	Feuchte Nase, Sprechventil oder CPAP/ASB Tubenkompensation
---------	--

Motivation Sehr gut Gut Mäßig Gar nicht
Psychischer Zustand Normal Depressiv Suizidal Aggressiv
Mobilität Bettlägrig Steht Mobi-Stuhl Hilfsmittel Bettkante Läuft

Mikrobiologie	
MRSA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
MRGN <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
MRSE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
VRE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige:	

Aktuelle Medikation
Katecholamine
<input type="checkbox"/> Ja, Dosis: <input type="checkbox"/> Nein

Aktuelles Labor	
CRP	Na
Hb	Leucos
Krea	Thrombos
Harnstoff	Bili
K	GPT

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO ₂ /L O ₂ /min	_____	_____
pO ₂	_____	_____
pCO ₂	_____	_____
pH	_____	_____
BE	_____	_____
SaO ₂	_____	_____

Ventilatoreneinstellung
Modus
Pinsp
PEEP
FiO ₂ /L O ₂ /min
AE
I:E
Tinsp

Aktuelle BGA	
Arterie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Venenzugang	<input type="checkbox"/> Peripher <input type="checkbox"/> ZVK
Blasenkatheter	_____
	Transurethral Suprabubisch
Ernährung	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG

Sonstiges	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lokalisation:	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Passager:	

Bemerkungen

Datum
Unterschrift