

## Anmeldung außerklinisch beatmeter Patienten

Kontakt		
Adresse	Telefon	
Lungenklinik Neustadt GmbH Station für außerklinische Beatmung Badestraße 23 99768 Harztor OT Neustadt/Harz	Sekretariat Atmungstherapeut	036331 / 36 1921 036331 / 36 1966
 <b>PER FAX AN 036331 / 36 101</b>		

Verlegende Klinik / Intensivpflege		
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		Ist der Patient betreut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Telefonnummer des Betreuers			

Probleme / Fragestellung

**Haben Sie Fragen, dann rufen Sie uns gerne an. Wir sind 24h für Sie erreichbar.**

# Anmeldung außerklinisch beatmeter Patienten

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

Ventilatoreneinstellung
Modus
Pinsp
PEEP
FiO <sub>2</sub> /L O <sub>2</sub> /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