

Anmeldung außerklinisch beatmeter Patienten

Kontakt		
Adresse	Telefon	
Lungenklinik Neustadt GmbH	Weaning-/Intensivstation	+49 (0)36331 - 4717 5422
Weaning-/Intensivstation	Bettenmanagement	+49 (0)36331 - 4717 5083
Badestraße 23	Atmungstherapeut	+49 (0)36331 - 4717 5426
99768 Harztor OT Neustadt/Harz	Sekretariat	+49 (0)36331 - 4717 5402

	PER FAX AN +49 (0)36331 - 36 101
---	---

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?	
Name und Telefonnummer des Betreuers		☐ Ja ☐ Nein	

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: _____ ☐ Perkutan ☐ Chirurgisch Datum 1. SBT (Spontanatmungsversuch)***: _____ Anzahl bisherige SBT's: _____ Spontanatmung Dauer: ☐ Min. ☐ Std.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">Antibiotische Vorbehandlung</th> <th style="width: 15%;">von</th> <th style="width: 15%;">bis</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Antibiotische Vorbehandlung	von	bis																		
Antibiotische Vorbehandlung	von	bis																				

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

Motivation
Psychischer Zustand
Mobilität

☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mäßig ☐ Gar nicht

☐ Normal ☐ Depressiv ☐ Suizidal ☐ Aggressiv

☐ Bettlägrig ☐ Steht ☐ Mobi-Stuhl ☐ Hilfsmittel ☐ Bettkante ☐ Läuft

Mikrobiologie	Aktuelle Medikation	Aktuelles Labor
MRSA ☐ Ja ☐ Nein		CRP Na
MRGN ☐ 3 ☐ 4 ☐ Ja ☐ Nein		Hb Leucos
MRSE ☐ Ja ☐ Nein		Krea Thrombos
VRE ☐ Ja ☐ Nein	Katecholamine	Harnstoff Bili
Sonstige: _____	☐ Ja, Dosis: ☐ Nein	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	Sonstiges
Arterie ☐ Ja ☐ nein	Dekubitus ☐ Ja ☐ Nein
Venenzugang ☐ Peripher ☐ ZVK	Lokalisation: _____
Blasenkatheter	Schluckstörung ☐ Ja ☐ Nein
Transurethral Suprabubisch	Dialyse ☐ Ja ☐ Nein
Ernährung ☐ oral ☐ MS ☐ PEG	Passager: _____

Bemerkungen	Datum

Unterschrift