

Anmeldung Weaning- und Heimbeatmungspatienten

Faxnummer: 069 3106-51491
Rückfragen: 069 3106-55007 oder -55000

Patientendaten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr.: _____
Wohnort: _____
Telefonnummer: _____
Krankenkasse: _____
Angehörige _____
Telefonnummern: _____

Gesetzliche Betreuung: ja ☐ nein ☐
 Vorsorgevollmacht: ja ☐ nein ☐
 Wenn ja, Name: _____
 Telefonnummer: _____
 Patientenverfügung: ja ☐ nein ☐

Ursächliche Diagnose für Beatmung:

Ursächliche Grunderkrankung für Beatmung:

Beatmung seit:

Anzahl der erfolgten Spontanatemversuche:

Erster Spontanatemversuch am:

Beatmungszugang (Tubus/Maske):

Tracheostomie: ja ☐ nein ☐ seit v

Beatmungsmodus (CPAP/PSV/aPCV/PCV...

Aktueller FiO₂: _____

Aktuelle BGA vom _____:

pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ O₂-Sättigung _____

Spontanatmungszeit: _____ h/Tag

pCO₂ spontan _____ pCO₂ unter Beatmung: _____

Katecholaminbedarf aktuell: ja ☐ nein ☐ welche?: _____

Herz-Kreislauf: RR _____ HF _____ Echo (PF?) _____

Vigilanz: (ggf.RAMSAY-Score) _____ orientiert?: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Anmeldende Einrichtung

(Name, Anschrift)

Station: _____
Ansprechpartner: _____

Tel.: _____
Anmeldedatum: _____

Gewünschtes
Übernahmedatum:

Dekubitus: ja ☐ nein ☐ Ort: _____

Problemkeime nachgewiesen?	MRSA	☐
	VRE	☐
	ESBL	☐
	MRGN 3	☐
	MRGN 4	☐
	Tbc	☐
	Norovirus	☐
	Clostridium difficile	☐
	Influenza/RS/Covid	☐

Nachweisort: _____ Nachweisdatum: _____

Dialysebehandlung:		ja ☐	nein ☐
Aktuelle Laborwerte:	Hb _____	vom _____	
	CRP _____	vom _____	
	Krea _____	vom _____	

Zugänge:	i.v.:	ZVK _____	seit _____
		VK _____	seit _____
	Arteriell:	_____	seit _____
	DK:	_____	seit _____
	SPK:	_____	seit _____
	PEG/PEJ:	_____	seit _____

Bemerkungen/Besonderheiten (ggf. Zwischen-/Vorbericht und Labor **als Anlage**):

Datum: _____ Unterschrift: _____