



**Anmeldung zur Beatmungsentwöhnung im DPG zertifizierten Weaningzentrum
varisano Klinikum Frankfurt Höchst**

**varisano LungenZentrum (VLZ)
Frankfurt-Main-Taunus
Personalisierte Lungenmedizin**

**Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin/Weaning, Thoraxonkologie und
Schlafmedizin**

Chefarzt: Prof. Dr. med. Gerasimos Varelis / Clinical Professor EUC

FAX: 069 3106-55006

Tel: 069 3106-55005, 069 3106 55000

E-Mail: weaning.vlz@varisano.de

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 ☐

Beginn der invasiven Beatmung: _____

Beatmungszugang (Endotrachealtub./Trachealkan.): _____

Tracheostomie: ja ☐ nein ☐ seit wann?: _____

Beatm.gerät/-modus. (CPAP/PSV/aPCV/PCV...) _____

O2-Bedarf: FiO2: L/Min: PEEP: driving Pressure: ggf Volumenvorgabe: _____

Spontanatemversuche erfolgt ja/nein : _____

Wie lange kann der Patient spontan atmen? _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Vigilanz: (z.B. analgosediert, komatös, delirant, wach, orientiert): _____

Dialysebehandlung: _____

ja ☐ nein ☐

Falls ja, welche Verfahren: _____

Dekubitus: ja ☐ nein ☐

Falls ja, Lokalisation: _____ Grad: _____

Sonstige Wunden ja ☐ nein ☐ welche: _____

Ursächliche Diagnose für Beatmung (z.B. COPD, Pneumonie, ARDS, post-OP, Apoplex): _____

Hauptdiagnose, wenn abweichend (z.B. Myokardinfarkt, Darmischämie): _____

Nebendiagnosen / Komorbiditäten: (z.B. Diabetes, KHK, Niereninsuffizienz, Alkoholabusus) _____

Aktueller FiO₂: _____

Aktuelle BGA vom _____:

paO₂ _____ paCO₂ _____ pH _____ periphere O₂-Sättigung _____

Katecholaminbedarf aktuell: ja ☐ nein ☐ welche / Dosis?: _____

Herz-Kreislauf: RR _____ HF _____

Echokardiographie erfolgt: ja ☐ nein ☐

EF: _____ %, ggf. relevante Pathologien: _____

Isolation: ja ☐ nein ☐

Problematische Keime nachgewiesen: ja ☐ nein ☐

MRSA ☐ VRE ☐ ESBL ☐ MRGN 3 ☐ MRGN 4 ☐ TBC ☐

Norovirus ☐ Clostridium difficile ☐ Influenza ☐ RS ☐ Covid ☐

Aktuelle Antibiose und außergewöhnliche Medikamente: _____

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 (Bitte falls vorhanden, vorläufiger Arztbericht / Laborwerte als Anlage):

Datum: _____ Unterschrift: _____