

Anmeldebogen Weaningzentrum

Verlegende Klinik	Patient
Name: Ort:	Name, Vorname: Geburtsdatum:
Ansprechpartner:	Wohnort:
Telefon:	Angehörige:
Fax:	Patient
Versorgungstatus vor KH - Aufnahme	Größe: cm Gewicht: kg
Selbständig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Angehörige: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Pflegedienst/Pflegeeinrichtung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Betreuung: <input type="radio"/> ja, durch _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Patientenverfügung: <input type="radio"/> Ja/nein
Hauptdiagnose (führende Ursache der Beatmung):	Nebendiagnosen:

Stationärer Verlauf	Aktueller Befund	
Aufnahmedatum:	voll orientiert	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Datum der Intubation:	teilw./nicht orientiert	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Datum der Tracheotomie:	Komatös	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Art Tracheotomie: <input type="radio"/> PDT <input type="radio"/> chirurgisch	Delirant/Dement	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
	Depressiv	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
IV beatmet seit: NIV seit:	Sedierung	<input type="radio"/> Ja, mit: <input type="radio"/> nein
Außerkl. Beatmung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
SBTs/Spontanatmung: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	Schluckstörung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Zahl bzw. Dauer der SBTs:	Stimmbandparese	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

Mikrobiologie	Mobilität
MRSA <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	bettlägerig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
ESBL <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	Bettkante <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
3MRGN/ 4 MRGN <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	Mobilisationsstuhl <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Clostridien <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	Gangschule <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Zugänge	Dekubitus
Arterie <input type="radio"/> Ja, seit wann: <input type="radio"/> nein	Grad: <input type="radio"/> nein
ZVK <input type="radio"/> Ja, seit wann: <input type="radio"/> nein	Lokalisation:
Blasenkatheter <input type="radio"/> Ja, seit wann <input type="radio"/> nein	Dialyse
Inkontinenz <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> nein
Ernährung	Beatmung
<input type="radio"/> MS	Modus
<input type="radio"/> PEG	<input type="radio"/> CPAP/ASB
<input type="radio"/> oral	<input type="radio"/> BIPAP/ASB/Assist
	<input type="radio"/> PSV
	Parameter:
	<input type="radio"/> IPAP/EPAP: mbar
	<input type="radio"/> AF: /min <input type="radio"/> T _i : Sek.
	<input type="radio"/> Vt/MV: <input type="radio"/> FIO ₂ : %

Katecholamine: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Dosis <input type="radio"/> nein	BGA mit oder ohne Beatmung
Laborparameter	<input type="radio"/> pO ₂ : mmHg
<input type="radio"/> Kreatinin: <input type="radio"/> HST: <input type="radio"/> K ⁺ :	<input type="radio"/> pCO ₂ : mmHg
<input type="radio"/> CRP/PCT: <input type="radio"/> Hb:	<input type="radio"/> pH:
Datum:	<input type="radio"/> cBase/CHCO ₃ : mmole/l
	Unterschrift: