

**Anmeldebogen Weaningzentrum**

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

<b>Stationärer Verlauf</b>	<b>Aktueller Befund</b>	
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		
<b>SBTs/Spontanatmung:</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein	Schluckstörung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
<b>Zahl bzw. Dauer der SBTs:</b>	Stimmbandparese	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt

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

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