



Patientenanmeldung Weaning

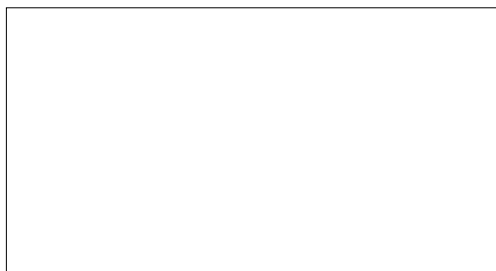
Bitte faxen Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt an 0201 805-2629

Anmeldende Klinik _____

Ansprechpartner Name _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Patient (Aufkleber)



Größe _____

Gewicht _____

beatmet seit _____

Tracheotomie am _____ operativ Punktion

Beatmungsform (tags/nachts) _____

P_{insp} _____ PEEP _____ FiO₂ _____ AF _____ I:E _____ T_{insp} _____

Spontanatmung nein ja, längste Phase _____

pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ BE _____ spontan / beatmet

Grund der Beatmung _____

Weiter Diagnosen _____

Aktuelle MiBi-Befunde _____

MRE? MRSA 4MRGN 3MRGN C. diff VRE TBC Andere _____

Aktuelle Antibiose _____

Katecholaminbedarf _____ RR _____ HF _____

Sonstige Medikation _____

Dialyse nein ja (CVVH / IHD) akute NI chron. terminale NI

Vigilanz (RASS) -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4

Neurologische Defizite _____

Mobilität bettlägrig steht läuft mobil (Stuhl) ICU-acquired Weakness Hilfsmittel _____

Wunden? Decubiti? Wo? _____ benötigt Wechseldruckmatratze

Zugänge ZVK Port PVK Arterie Shaldon SPDK PEG/PEJ Magensonde

Labor Leuko _____ CRP _____ PCT _____ Hb _____ Krea _____ GFR⁺ _____ K⁺ _____

Sonstiges _____

Verlegung von Ihrer Seite sinnvoll/ möglich ab _____

Datum, Unterschrift

Ihr Ansprechpartner im Alfried Krupp Krankenhaus: 0201 805-1699