Medizinische Klinik III
Klinik für Pneumologie und
Allgemeine Innere Medizin

Kliniken des Main·Taunus·Kreises GmbH

ANMELDUNG WEANING- UND HEIMBEATMUNGSPATIENTEN

Fax.-Nr. 06192-98 4402
Rückfragen: 06192 – 984465 oder - 4462

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 ☐

Anmeldende Einrichtung

(Name, Anschrift)
_____
_____
_____
_____
Station: _____
Ansprechpartner:
_____
Tel.: _____
Anmeldedatum:
_____
Gewünschtes Übernahmedatum:
_____

Ursächliche aktuelle Diagnose für Beatmung: _____
Ursächliche Grunderkrankung für Beatmung: _____
Beatmung seit: _____
Anzahl der erfolgten Spontanatemversuche: _____
Erster Spontanatemversuch am: _____
Betamungszugang (Tubus/Maske): _____
Tracheostomie: ja ☐ nein ☐ seit wann?: _____
Beatmungsmodus (CPAP/PSV/aPCV/PCV/…):
_____
Aktueller FiO2: _____
Aktuelle BGA vom _____:
pO2 _____ pCO_2 _____ pH _____ O_2-Sättigigung _____
Spontanatmungszeit: _____h/Tag
pCO2 spontan _____ pCO_2 unter Beatmung: _____
Katecholaminbedarf aktuell: ja ☐ nein ☐ welche?: _____
Herz-Kreislauf: RR _____ HF _____ Echo (PF?) _____
Vigilanz: (ggf.RASS-Score) _____orientiert?: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Dekubitus: ja ☐ nein ☐ Ort: _____

Problemkeime:

Diagnostik durchgeführt: nein ☐ ja ☐, am: _____

Ergebnis: kein Erregernachweis: ☐

Erreger:
- MRSA ☐
- ESBL ☐
- VRE ☐
- MRGN 3 ☐
- MRGN 4 ☐
- Tbc ☐
- Norovirus ☐
- Clostridium difficile ☐

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: _____