



ANMELDUNG WEANING- UND HEIMBEATMUNGSPATIENTEN

Fax.-Nr. 06192-98 4402

Rückfragen: 06192 – 984481 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

Ursächliche aktuelle Diagnose für Beatmung: _____

Ursächliche Grunderkrankung für Beatmung: _____

Beatmung seit: _____

Anzahl der erfolgten Spontanatemversuche: _____

Erster Spontanatemversuch am: _____

Beatmungszugang (Tubus/Maske): _____

Tracheostomie: ja nein seit wann?: _____

Beatmungsmodus (CPAP/PSV/aPCV/PCV...): _____

Aktueller FiO₂: _____

Aktuelle BGA vom _____:

pO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____ O₂-Sättigung _____

Spontanatmungszeit: _____ h/Tag

pCO₂ spontan _____ pCO₂ unter Beatmung: _____

Katecholaminbedarf aktuell: ja nein welche?: _____

Herz-Kreislauf: RR _____ HF _____ Echo (PF?) _____

Vigilanz: (ggf.RAMSAY-Score) _____ orientiert?: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Anmeldende Einrichtung

(Name, Anschrift)

Station: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____

Anmeldedatum: _____

Gewünschtes

Übernahmedatum: _____
