

Anmeldung zum Weaning eines invasiv beatmeten Patienten

→ Bitte per Fax an: 0551 5034-2445

Anmeldende Klinik:			Patient:	
Ort:			Name:	
Behandelnder Arzt/Ärztin:			Vorname:	
Vorwahl:	Telefon:	Fax:	Geboren:	
Betreuung:			Wohnort:	
			Gewicht ca.: kg Größe ca.: cm	

Hauptdiagnosen (Nebendiagn./Kommentar dahinter)			Nebendiagnosen (Nebendiagn./Kommentar dahinter)		
<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Thorax-OP <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Post-Tbc <input type="checkbox"/> Herzinsuff. <input type="checkbox"/> Neuromuskulär			<input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> Defi <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> Niereninsuff.		
Neurologie und Psyche:	<input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> teilweise orientiert <input type="checkbox"/> nicht orientiert <input type="checkbox"/> delirant	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Zwerchfellparese <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Stimmbandparese	<input type="checkbox"/> PNP/CIP <input type="checkbox"/> Hypoxischer Hirnschaden <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alkoholabusus	Kommentar:	
Therapie/Verlauf:			Zugänge: <input type="checkbox"/> arter. Zugang <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Braunüle <input type="checkbox"/> Port		
<input type="checkbox"/> Tubus <input type="checkbox"/> TK Intubation am: _____ Tracheostoma am: _____	<input type="checkbox"/> Chirurgisches Tracheostoma <input type="checkbox"/> Punktions-Tracheostoma	O ₂ -Gabe _____ pCO ₂ _____ mmHg Letzte BgA: _____	Wie oft wird abgesaugt? ca. _____ x pro Tag Sekret eitrig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Assist.) Spontanatmung: _____ <input type="checkbox"/> Min. <input type="checkbox"/> Std.		
Letzte relevante Kulturereignisse:	Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:		Labor: CRP: _____ Hb: _____ Krea: _____		
MRSA-Befund: <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> Besiedlung <input type="checkbox"/> Infektion					
andere hygienerelevante Befunde oder ggf. Kommentar zum Hygienestatus:					

Sedierung/ Analgetika:	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> mehrfach tgl. <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> bei Unruhe <input type="checkbox"/> bei Schmerzen <input type="checkbox"/> bei Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Hpnatika <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Clonidin	ggf. nähere Informationen:	
Ernährung:	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr
Ausscheidung:	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Transurethraler BVK	<input type="checkbox"/> Suprapub. BVK	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Anus preater
Dialyse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Dekubitus/spezielle Lagerung:					
Wie weit ist der Pat. mobilisiert?	<input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> hoher Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> voll mobil	ggf. Kommentar:			

sonstige Bemerkungen, spezielle Therapieformen:

..... Datum Unterschrift

ggf. Stempel