

Telefon: 02644 55-5140

FAX: 02644 55-5120

Datum:		Ärztlicher Ansprechpartner:	Anmeldende Klinik:
		Durchwahl:	
Patientenname (Aufkleber):		Alter: ____ Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m
		Größe: ____ cm/Gewicht: ____ kg	Aufnahmedatum: ____.
Diagnosen, Labor, Neurologie	Ursache der Beatmung / führende Grunderkrankung/en:	Aktueller Infektionsstatus:	
	Aktuelle Diagnosen:	MRSA: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein MRGN: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein SARS-Cov2-PCR <input type="radio"/> pos. <input type="radio"/> neg. Bitte aktuelle PCR vor Verlegung! Andere Problemkeime? Dekubitus: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Orientierung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> teilw. Kooperation: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> teilw. CIP / CIM: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein ECOG vor Erkrankung: Gesetzl. Betreuung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Diagnosen, Labor, Neurologie	Pneumologische/Kardiologische Vorerkrankungen:		
	Echobefund: Ernährung: <input type="radio"/> enteral <input type="radio"/> parenteral seit ____.		
Labor: Hb ____ g/dl Krea ____ mg/dl CRP: ____ (Norm ____)			
Beatmung, Intensivstation	Invasive Beatmung seit: ____.	ZVK: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
	Zahl der Reintubationen: n= ____	Arterie: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wie lange kann der Patient spontan atmen? ____ Std. tgl. (z.B. Feuchte Nase oder ASB<10 mmHg)		Katecholamine: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	
Beatmungszugang: Tubus <input type="radio"/> Trachealkanüle <input type="radio"/>		Analgesiedierung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wenn Tracheotomie, wann: ____.		Wenn ja, womit?	
Aktueller Beatmungs-Modus: ____		Dialyse/CVVH: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Drücke (IPAP, EPAP/PEEP): ____/____ mmHg		Aktuelle antiinfektive Therapie:	
FiO ₂ : ____			
BGA u. Beatmung: pH ____, pO ₂ ____, pCO ₂ ____ mmHg			
BGA spontan: pH ____, pO ₂ ____, pCO ₂ ____ mmHg			

Bitte Formular an o.g. FAX-Nummer versenden, telefonische Rückmeldung erfolgt kurzfristig!
Bei Änderung des Anfragestatus bitte ebenfalls kurze Mitteilung!
 Bei Verlegung bitte mitgeben: **Röntgen-CD, relevante mikrobiologische Befunde.**