

Patientenanmeldung Weaningzentrum

Anmeldedatum:

Tel. 03834 / 86 80560, 86 80561 Fax 86 80570

Patientendaten:

Name, Vorname des Patienten			
Geburtsdatum		Geschlecht	
Wohnort			
Angehörige			
Betreuung			

Zuweiser:

Verlegende Klinik		Ansprechpartner	
Adresse		Telefon / FAX	

Basisdaten:

Grösse		Gewicht	
Versorgung vor Klinikaufenthalt			
Frühere Beatmung			

Aktueller stationärer Verlauf / Weaningverlauf:

Aufnahme am		Woher:	
Zur Beatmung führende Erkrankung			
Bisherige Therapie			
Beatmung seit		NIV, ggf. Dauer	
Spontanatmung seit / Dauer / Art			
Extubationsversagen?			
Tracheotomie (dil./chir.) am			
Katecholamine	J / N	Dialyse	J / N

Beatmungsparameter:

Modus		FiO2		Pinsp		PEEP	
Aktuelle BGA:							

Weitere relevante Diagnosen:

--

Zugänge:

Arterie	ZVK	Shaldon	Demers	Transurethraler DK
Suprapubischer DK	MS	PEG	Flexüle	sonstige

Keime	Psyche / Vigilanz:	
MRSA	Mobilität:	
ESBL	Decubiti:	
VRE	Sonstiges:	

Laborauffälligkeiten:

--