

Anmeldung zum stationären Weaning

Bethesda Krankenhaus Heerstr. 219 47053 Duisburg



Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde

Chefarzt Sahmir Kujovic

Telefon: 0203 6008-1330 / 1331
Telefax: 0203 6008-1250
pneumologie.bethesda@evkln.de

Patientenaufkleber

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Chefarzt Dr. med. Timur Sellmann

Telefon: 0203 6008-1001
Telefax: 0203 6008-1250
anaesthesie.bethesda@evkln.de

Meldende Abteilung:

Ansprechpartner: _____ Telefon: _____ Telefax: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Führende Grunderkrankung (Ursache der Beatmung) _____

Führende aktuelle Diagnose (Ursache der Beatmung) _____

Raucher (j / n / ex) _____

Pack years _____

Weitere Diagnosen:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Aufnahme Krankenhaus: _____ (TT/MM/JJJJ)

Beatmungsdauer insgesamt: _____ Tage

Beatmungsmodus: _____

Beatmungsparameter: FiO2: _____ ; IPAP / PC: _____ ; EPAP / PEEP: _____ ;

PS / ASB: _____ ; AF / F: _____

Aktuelle BGA: pH: _____ pCO2: _____ ; pO2: _____ ; HCO3: _____ ; BE: _____

Spontanatemversuche durchgeführt: ☐ ja wie oft? _____ mal

☐ nein

Spontanatmung erreichbar für? _____ ☐ Minuten ☐ Stunden

Tracheotomie: ☐ ja ☐ Dilativ ☐ Chirurgisch

☐ nein

Endotrachealtubus: ☐ ja, Größe _____ ☐ nein

Vigilanz: GCS: _____ RASS: _____ Ramsay: _____

Aktuell Nachweis von Problemkeimen? ☐ ja ☐ nein

Welche? ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ VRE ☐ 3MRGN ☐ 4MRGN

☐ Clostridien ☐ andere: _____

Katecholamine: ☐ nein

☐ Vasopressoren (Welche / Dosierung) _____

☐ Inotropika (Welche / Dosierung) _____

Zugänge: ☐ Venös ☐ Arteriell ☐ BDK ☐ SPDK ☐ PEG

Hautdefekte: ☐ Ulzeration ☐ Rötungen ☐ Dekubitus

Wechseldruckmatratze: ☐ ja ☐ nein

Hämofiltration: ☐ ja, letzte Zyklus am _____ ☐ nein

Eine **Rückübernahme nach erfolgreichem Weaning** wird im Bedarfsfall garantiert? ☐ ja ☐ nein

Es wurde bereits eine **Rehabilitationsmaßnahme beantragt?** ☐ ja ☐ nein

Bitte der Anmeldung einen Vorläufigen Arztbrief und Aktuelle Laborwerte beifügen.

Datum, Unterschrift