

Anmeldung zur Übernahme eines Weaning-Patienten

Chefarzt Prof. Dr. Dirk Koschel

Chefarzt Dr. Jens Kraßler



Weaningkoordinator:

Philipp Kaiser

Tel.: 03523/65-281, Fax: 03523/65-424, E-Mail: Beatmungsentwoehnung@fachkrankenhaus-coswig.de

Verlegende Klinik	
Name der Klinik:	
überweisende Station:	
überweisender Arzt/Ansprechpartner:	
Tel.-Nr.:	
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Therapielimitierung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein sonstiges:
Patient	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Angehörige:	
Größe:	cm Gewicht: kg
Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja, durch: <input type="checkbox"/> nein
Diagnosen:	
zur Beatmung führende Grunderkrankung:	
zur Beatmung führende aktuelle Diagnose:	
Aktueller Befund:	
voll orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
teilweise/nicht orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
komatös	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
delirant/dement	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
depressiv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sedierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Stimmbandparese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Mobilität:	
bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bettkante	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mobilisationsstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gangschule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmeldung zur Übernahme eines Weaning-Patienten



Beatmung:	
seit wann wird Patient beatmet:	Anzahl Spontanattemptsversuche:
Extubationsversuch: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Dauer der Spontanatmung:
Tracheotomie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Dilatation <input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> nein	Beatmungsmodus: <input type="checkbox"/> CPAP/ASB <input type="checkbox"/> BIPAP/ASB / Assist <input type="checkbox"/> PSV
Letztes Labor vom: CRP: Hb: Kreatinin:	Parameter: IPAP/EPAP: mbar mbar AF: /min T _i : Sek. Vt/MV: FiO ₂ : %
Problemkeime nachgewiesen: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> andere:	Letzte BGA vom: PCO ₂ spontan: PCO ₂ unter Beatmung: PaO ₂ bei FiO ₂
Aktueller Katecholaminbedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialysepflicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz/Kreislauf:	Vigilanz:
Venenzugang:	Arterieller Zugang:
Blasenkatheter: suprapubischer Katheter:	Dekubitus Grad: Lokalisation:
Sonstige Bemerkungen:	
Unterschrift / Datum / Stempel überweisender Arzt:	