



Patientenübernahme_Anfragebogen Weaning

Dr. med. Wolfgang Neumeister, Chefarzt

Hufeland-Klinik, Taunusallee 5, 56130 Bad Ems

www.hufeland-klinik.com

Christof Lesch, Oberarzt (Tel.: 0151 720 382 62)

Hendrik van 't Hoff-Haas, Stationsleitung (Tel.: 0174 742 312 3)

Per Fax an 02603 92-1955

				Datum:			
				Ansprechpartner:			
				Klinik:			
				Telefon:			
Hauptdiagnosen							
Führende Ursache der akuten Atmungsinsuffizienz							
<input type="checkbox"/> Akut exazerbierte COPD		<input type="checkbox"/> Neuromuskulär (akut auf chronisch)		<input type="checkbox"/> Postoperative ARI		<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Pneumonie		<input type="checkbox"/> Trauma/ Verbrennung		<input type="checkbox"/> Sepsis		<input type="checkbox"/> ALI/ARDS	
<input type="checkbox"/> Thorakal-restriktiv		<input type="checkbox"/> Hypoventilation		<input type="checkbox"/> Sepsis		<input type="checkbox"/> Trauma/ Verbrennung	
Herz/Kreislauf		Dialysepflicht		Katecholamin- Bedarf		Temp.	Größe
<input type="checkbox"/> Dekompensation		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> PAH		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel		°C	cm
				<input type="checkbox"/> niedrig			kg
Vigilanz:		<input type="checkbox"/> RASS		<input type="checkbox"/> Delir			
Labor	CRP:	Hb:	Krea- tinin:	BGA:	PCO ₂ Beatmung	O ₂	PH
				
					Spontan	mmHg	mmHg
						
Zugang	<input type="checkbox"/> Arterie	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Shel- don	<input type="checkbox"/> Thorax- Drainage	<input type="checkbox"/> Transurethraler Katheter	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Magen- sonde
Beatmung seit	<input type="checkbox"/> Orale Intubation			Modus:	FiO₂:	EPAP	
.....	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle *chirurgisch / *PCD				AF:	P.Insp.: mbar	
						IPAP	
						Peep: mbar	
Spontanphase Min / Std.			Schluck- störung	Wunden:	Dekubitus:	
				<input type="checkbox"/> ja			
				<input type="checkbox"/> nein			
Mikrobiologie				Wo?			
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
angenommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				für (Datum):			
				Arzt:			