



Anmeldung für Weaning-Patienten

Anmeldende Einrichtung:

Station:

Ansprechpartner / Telefonnummer:

Anmeldedatum:

Gewünschtes Übernahmedatum:

Patientendaten:

Name, Geb.-datum (Patienten-Etikett):

Straße, Hausnr.:

Wohnort:

Krankenkasse:

Größe, Gewicht:

 cm kg

Telefonnummer Angehörige:

Gesetzliche Betreuung:

 ja nein

Vorsorgevollmacht:

 ja nein

wenn ja, Name:

Telefonnummer:

Patientenverfügung:

 ja nein

Ursächliche Diagnose für Beatmung:

Ursächliche Grunderkrankung
für Beatmung:

wichtige Nebendiagnosen mit
akutem Behandlungsbedarf:

häusliche Atem-Hilfsmittel vorhanden:

 ja nein beantragt ja nein

welche:

 LTOT NIV Sekretmobilizer andere



Beatmung seit: _____

Anzahl der erfolgten Spontanatmungsversuche: _____

Beatmungszugang: Tubus Maske

Tracheotomie: ja, seit _____ nein

dilatativ plastisch Größe _____

Beatmungsmodus: _____

Aktueller FiO₂: _____

Aktuelle BGA: pO₂: _____ pCO₂: _____ pH: _____ O₂ Sättigung: _____

Spontan-Atmungszeit: _____ h/Tag

pCO₂ spontan: _____ pCO₂ unter Beatmung: _____

Katecholamin-Bedarf: ja nein welche: _____

Herz-Kreislauf: RR: _____ HF: _____

Vigilanz: _____

Dekubitus: ja nein Lokalisation: _____

Keimnachweis: MRSA MRGN ESBL VRE Clostridien

Lokalisation: _____

Dialyse: ja nein

Zugänge: ZVK seit _____ DK seit _____

Arterie seit _____ MS seit _____

Shaldon seit _____ sonstiges seit _____

PEG seit _____

Blasenkatheter, SBK seit _____

Bemerkungen/ Besonderheiten:

Rückfragen, weitere Informationen und Kontakt:

Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig
Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
Tel. 0341 444-5826
Fax 0341 444 5006
E-Mail weaning.leipzig@ediacon.de

Hinweis: Eine Rücknahme Ihres Patienten muss im Bedarfsfall sichergestellt werden!

Ausgefülltes Dokument per E-Mail an
weaning.leipzig@ediacon.de **versenden**

[hier klicken zum Absenden](#)