



Erfassungsbogen zur Übernahme von Weaningpatienten

Name: _____ Vorname: _____
geb.: _____

überweisende ITS: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax.: _____

Ansprechpartner: _____

Ursache der Beatmung führende Grunderkrankung(en): _____

Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose(n): _____

Seit wann wird der Patient beatmet:

Wie lange kann der Patient aktuell spontan atmen: _____

Intubation (Datum): _____ Tracheotomie: ja (Datum) / nein: _____

Datum 1. Spontanatemversuch (SBT): _____

Durchführung von 3 SBT: ja / nein _____

Sind Problemkeime nachgewiesen (zum Ankreuzen): nicht bekannt

MRSA ESBL VRE Pseudomonas

aktueller Katecholaminbedarf: ja / nein

Labor: CRP PCT Hb Kreatinin

letzte BGA: PCO₂ spontan: _____ PCO₂ unter Beatmung: _____
PaO₂ bei Fi O₂: _____ oder O₂-Insiufflation: _____ l/min

Vigilanz: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Venenzugang: _____

Arterieller Zugang: _____

Blasenkatheter: _____ suprapubischer Katheter: _____

Dekubitusulcera: _____

Antwort per Fax an:

0345 559 1844

Telefon-Nr.: Pflege 0345 559 1843

Telefon-Nr.: Ärzte 0345 559 1850 / 1852

OA Dr. Frank Kalbitz, Tel.-Nr.: 0345 559 1139

Internistische ITS / Weaningzentrum
Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau
Klinik für Innere Medizin I
06120 Halle, Röntgenstr. 1