



## **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: PCO<sub>2</sub> spontan: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> unter Beatmung: \_\_\_\_\_  
PaO<sub>2</sub> bei Fi O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ oder O<sub>2</sub>-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-Dölau  
Klinik für Innere Medizin I  
06120 Halle, Röntgenstr. 1