

Patientenübernahme Anfragebogen _ Intensiv-Weaning

Chefarzt Dr. med. Wolfgang Neumeister
Hufeland-Klinik, Taunusallee 5, 56130 Bad Ems
Fax: 02603 92 1900

www.katholische-kliniken-lahn.de

Oberarzt Christof Lesch		Tel: 0151 72038262	
Stationsleitung Hendrik van 't Hoff-Haas		Tel: 02603 921855	
		Datum:	
		Ansprechpartner:	
		Klinik:	
		Telefon:	
Hauptdiagnosen:			
Betreuung:		Patientenverfügung: Ja Nein	
Führende Ursache der Akuten Atmungsinsuffizienz:			
<input type="checkbox"/> Akut exazerbierte COPD	<input type="checkbox"/> Neuromuskulär (akut auf chronisch)	<input type="checkbox"/> Post-operative ARI	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Thorakal- Restriktiv	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Trauma/ Verbrennung
<input type="checkbox"/> Obesitas Hypoventilation	<input type="checkbox"/> ALI / ARDS	<input type="checkbox"/> Trauma/ Verbrennung	
Herz/ Kreislauf	Dialysepflicht	Katecholamine Bedarf	Temp. Größe Gewicht
<input type="checkbox"/> Dekompensation <input type="checkbox"/> PAH	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Niedrig Celsius cm KG
Vigilanz:	<input type="checkbox"/> RASS	<input type="checkbox"/> Delir	
Labor:	CRP:	Hb:	Kreatinin: BGA: PCo2 Beatmung_____ Spontan_____
Zugang:	<input type="checkbox"/> Arterie	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Sheldon
	<input type="checkbox"/> Thorax Drainage	<input type="checkbox"/> Transurethraler-katheter	<input type="checkbox"/> Magen-Sonde
	<input type="checkbox"/> PEG		
Beatmung: Seit wann?	<input type="checkbox"/> Orale Intubation <input type="checkbox"/> Trachealkanüle *Chirurgisch / *PCD	Modus:	FiO2: AF:
			IPAP P.Insp.: _____ mbar EPAP Peep: _____ mbar
Spontanphase Min..... Std.	Schluck-Störung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wunden: Dekubitus:
Mikrobiologie:	Wo:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	§ 23 - Iso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	§ 23 - Iso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	§ 23 - Iso
Angenommen: O ja O nein		Für (Datum):	Arzt: