

# Patientenanmeldung

## für invasive Beatmung und Beatmungsentwöhnung

Intensivmedizin: Chefarzt B. Sorms und Oberarzt Dr. C. Rauch

**Telefon 07522 797-1237 | Telefax 07522 797-1308**

Datum:		Ärztin/Arzt:		
Krankenhaus:		Telefon:		Fax:
Patientenname:		Geburtsdatum:	Größe:	Gewicht:
			cm	kg
<b>Diagnosen: (+ Grund der Beatmung + OPs)</b>				
Beatmet seit:			Beatmungszugang:	
Beatmungsform:		BGA:	Spontanatmung ohne Beatmungsmaschine	
FI02		pCO2 mmHg	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja: h/Tag
IPAP		pO2 mmHg	nein <input type="checkbox"/>	Darunter pCO2 mmHg
PEEP				

**Screening MRE / Resp. Viren**
**Wenn Screening unvollständig bitte aktualisieren!**

<b>MRSA</b>	Datum:	negativ <input type="checkbox"/>	positiv <input type="checkbox"/>	<b>Nasen/Rachenabstrich</b>
<b>3/4-MRGN + VRE</b>	Datum:	negativ <input type="checkbox"/>	positiv <input type="checkbox"/>	<b>Rektalabstrich</b>
<b>Respiratorische Viren ?</b>		SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/>	Influenza <input type="checkbox"/>	RSV <input type="checkbox"/>
<b>Problemkeime?</b>				

**Begleiterkrankungen / Vorerkrankungen:**

Lunge: (z.B. COPD, Fibrose, ARDS)				
Herz / Kreislauf: (z.B. relevante KHK, Klappenerkrankungen, Pumpfunktion)				Katecholamine
				ja <input type="checkbox"/>
				nein <input type="checkbox"/>
Leber:				
Niere:		Dialyse / CVVHDF ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
		Verfahren		
Diabetes mellitus: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Insulin ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Labor:	CRP mg/l	Hb g/dl	Kreatinin mg/dl	
Neurologischer Status: (Delir, neuromuskuläre Erkrankung, CIP, CIM)				
Sedierung:				
Mobilisierung:				
Dekubitus: ja <input type="checkbox"/>				
nein <input type="checkbox"/>				
Ernährung: Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/>				
ZVK <input type="checkbox"/>	Arterielle Kanüle <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter <input type="checkbox"/>	Suprapubischer Blasenkatheter <input type="checkbox"/>	
Betreuung/Vollmacht? ja <input type="checkbox"/>		Kontakt:		

 Bitte ausgefüllt an obige Faxnummer senden und kurzen Telefonkontakt zu uns aufnehmen.  
 Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit. Ihr "Beatmungs- und Weaningteam"