



Patientenanmeldung für invasive
Beatmung und Beatmungsentwöhnung



**Zertifiziertes
Weaningzentrum**

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.

Tel.: 07522-797-1237

Fax.: 07522-797-1308

Datum:		Ärztin/Arzt:	
Krankenhaus:		Telefon:	Fax:
Patient: Name	Geb. Datum:	Größe:	Gewicht:
		cm	kg
Diagnosen: (+ Grund der Beatmung + OPs)			
Beatmet seit:		Beatmungszugang:	
Beatmungsform:	FiO2	BGA:	Spontanatmung ohne Beatmungsmaschine
	IPAP	pCO2 mmHg	ja <input type="checkbox"/> wenn ja: h/Tag
	PEEP	pO2 mmHg	nein <input type="checkbox"/> Darunter pCO2 mmHg

Screening MRE:

Wenn Screening unvollständig bitte aktualisieren!

MRSA	Datum:	negativ <input type="checkbox"/>	positiv <input type="checkbox"/>	Nasen/Rachenabstrich
3/4-MRGN + VRE	Datum:	negativ <input type="checkbox"/>	positiv <input type="checkbox"/>	Rektalabstrich
Infektionsstatus; Problemkeime?		Antibiotikum?		

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"/>	Blasenkateter <input type="checkbox"/>	Suprapubischer Blasenkateter <input type="checkbox"/>

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