

WEANINGZENTRUM RUHRGEBIET

Klinik für Pneumologie und Infektiologie
Ev. Krankenhaus Herne – Betriebsstelle Eickel
Hordeler Str. 7-9 | 44651 Herne

Fax: 02323.4989-2452



EvKHerne

ÜBERNAHMEANFRAGE

Anfrage-Datum:

Geplantes Übernahme-Datum:

PATIENTENDATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Gewicht: kg

Größe: cm

Betreuung? nein ja

Name, Vorname (der betreuenden Person)

Telefonnummer

DERZEITIGER AUFENTHALTSORT

Krankenhaus/Station

Ansprechpartner Dr.

Ansprechpartner Pflege

Rückrufnummer (Ärztin/Arzt)

Fax

Stationär seit:

ANAMNESE

Als Ursache der Beatmung führende aktuelle Diagnose

Als Ursache der Beatmung führende Grunderkrankungen

Verlauf/Komplikationen

Relevante Nebendiagnosen (insbesondere Herz-/Kreislaufsystem)

Name, Vorname

IST-ZUSTAND

Beatmet seit:	<input type="text"/>		Spontanatmung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, maximale Dauer:	<input type="text"/>			
Aktuelle Beatmungsparameter (inkl. FiO ₂): <input type="text"/>									
Aktuelle BGA	pH	<input type="text"/>	PO ₂	<input type="text"/>	bei FiO ₂	<input type="text"/>			
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> permanent					
ZVK	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja							
Arterie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja							
Dialyse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches Verfahren: <input type="text"/>						
BVK o. SPF	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gewechselt am: <input type="text"/>						
Ernährungsform	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> parenteral				
Perfusortherapie (insbes. Sedativa)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	ja, welche: _____						
Katecholamintherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja							
Labor	CRP (mg/dl): _____		Hb (g/dl): _____	Kreatinin (mg/dl): _____					
Problemkeime	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Clostridium diff.	<input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii					
	<input type="checkbox"/> 3 MRGN	<input type="checkbox"/> 4 MRGN	<input type="checkbox"/> Carbapemenase:	<input type="text"/>					
Neurologisches Defizit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welches:	<input type="text"/>						
Drainagen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ort:	<input type="text"/>						
Offene Wunden/Sekundäre Wundheilung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ort:	<input type="text"/>						
Kommunikation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nonverbal	<input type="checkbox"/> verbal						
Vigilanz	<input type="checkbox"/> agitiert	<input type="checkbox"/> ruhig/wach	<input type="checkbox"/> sediert aber erweckbar	<input type="checkbox"/> tief sediert					

Für den Fall einer Übernahme bitten wir Sie im Verlegungsbericht aufzuführen:

Datum der Intubation – Führende Ursache der akuten Insuffizienz bezüglich der Intubation – Datum 1. Spontanatmungsversuch – Datum Tracheotomie
Bisherige Antibiotikaregime – Größe der Trachealkanüle und Datum des letzten Wechsels – Aktuelle Therapie inkl. Beatmungsparameter und Ernährung

Kommentarmöglichkeit