

WEANINGZENTRUM RUHRGEBIET

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

Fax: 02323.4989-2452



EvKHerne

Ü B E R N A H M E A N F R A G E

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: Spontanatmung: ☐ nein ☐ ja, maximale Dauer:

Aktuelle Beatmungsparameter (inkl. FiO₂):

Aktuelle BGA pH PO₂ bei FiO₂ PCO₂ spontan PCO₂ unter Beatmung

Tracheostoma ☐ nein ☐ ja ☐ dilatativ ☐ permanent

ZVK ☐ nein ☐ ja

Arterie ☐ nein ☐ ja

Dialyse ☐ nein ☐ ja welches Verfahren:

BVK o. SPF ☐ nein ☐ ja gewechselt am:

Ernährungsform ☐ oral ☐ enteral ☐ Magensonde ☐ PEG ☐ parenteral

Perfusorthherapie (insbes. Sedativa) ☐ nein ☐ ja, welche:

Katecholamintherapie ☐ nein ☐ ja

Labor CRP (mg/dl): Hb (g/dl): Kreatinin (mg/dl):

Problemkeime ☐ MRSA ☐ VRE ☐ Clostridium diff. ☐ Acinetobacter baumannii
☐ 3 MRGN ☐ 4 MRGN ☐ Carbapemenase:

Neurologisches Defizit ☐ nein ☐ ja, welches:

Drainagen ☐ nein ☐ ja, Ort:

Offene Wunden/Sekundäre Wundheilung ☐ nein ☐ ja, Ort:

Kommunikation ☐ nein ☐ nonverbal ☐ verbal

Vigilanz ☐ agitiert ☐ ruhig/wach ☐ sediert aber erweckbar ☐ 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

Weaningzentrum Ruhrgebiet | Hordeler Str. 7-9 | 44651 Herne
Leitung: Dr. S. Larrosa-Lombardi
Fon (+49)-2323-4989-0 | Fax (+49)-2323-4989-2452 | s.larrosa@evk-herne.de