

# Übernahmebogen für Beatmungspatienten

## Lungenklinik Ballenstedt

### Intensivstation / Weaningstation

version oh-2021-03-04



Robert-Koch-Str. 26-27  
06493 Ballenstedt  
Tel: +49 39483 700  
Fax: +49 39483 706250  
Email: weaning@lk-b.de

Personalien des Patienten	
Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
geboren:	<input type="text"/>
(oder Klebeetikett für Fax)	

Datum:	<input type="text"/>
Körpergewicht (kg):	<input type="text"/>
Körpergröße (cm):	<input type="text"/>
Alter (Jahre):	<input type="text"/>

Bitte erfassen Sie die Daten möglichst vollständig. Melden Sie sich bitte vorab **telefonisch** unter +49 39483 70250, wenn Sie einen Patienten verlegen möchten. So können wir eventuell offene Fragen sofort klären.

Man kann:

- den Bogen am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken und faxen (+49 39483 706250)
- den Bogen am Bildschirm ausfüllen, speichern und mailen ([weaning@lk-b.de](mailto:weaning@lk-b.de))
- den Bogen leer ausdrucken, handschriftlich ausfüllen und faxen (s.o.)

**Überweisende Klinik:**

Ansprechpartner:

Telefon für Absprachen:

**Grunderkrankungen:**

Beatmung in Folge von:

Beatmung seit Datum / Uhrzeit:  oder **Beatmungsstunden** bis Anmeldung:

NIV  Tubus  Tracheotomie  falls ja, chirurgisch  dilatativ  seit:

Spontanatmungsfähig?  Wie lange? (Stunden/ Tag):  SBT`s je am:

**BGA:** paCO<sub>2</sub> spontan  paCO<sub>2</sub> beatmet  paO<sub>2</sub>:  bei FiO<sub>2</sub>:

**Laborbefunde:** CRP:  Hb:  Kreatinin:

Herz-Kreislauf-Komorbiditäten?  ?

Katecholaminpflichtig?

Problemkeime?  ?

**Vigilanz?** wach und adäquat  kooperativ  somnolent  delirant

Neurologische Defizite?

Dialysepflichtigkeit?  Falls ja, chronisch  akut

Dekubitalulcera?

**Devices:** peripher venös  ZVK  Dialysekath.  arterielle Kanüle  Sonstiges

Blasendauerkatheter  Suprapubischer Blasenkatheeter  Sonstiges

Mit freundlichen Grüßen, Ihr Team des Weaningzentrums der Lungenklinik Ballenstedt/ Harz