





<p>Intensiv-/Weaningstation</p> <p> per FAX 039483 706250</p> <p> 039483 70250</p> <p> weaning@lungenklinik-ballenstedt.de</p>	<p>Abteilung für Beatmungsmedizin und Pneumologische Frührehabilitation Chefärztin Dr. medic U. Cretan Telefon 039483 700</p> <p> Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH Robert Koch Straße 26-27 06493 Ballenstedt</p>
---	---

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
 nehmen Sie vorab zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten mit der Intensiv-/ Weaningstation
 telefonisch Kontakt auf. Füllen Sie diesen Bogen bitte vollständig aus und senden uns diesen zu.

Herzlichen Dank für Ihre Zusammenarbeit.
 Hochachtungsvoll
 ChÄ Dr. medic U. Cretan

Überweisende Klinik:	Stempel:
Ansprechpartner:	Datum:

Telefon:

Patientenetikett	Größe <input type="text"/> cm	Gewicht: <input type="text"/> kg	BMI: <input type="text"/>
	Betreuung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Grunderkrankungen			
Beatmung in Folge von			
<u>Achtung</u> bitte wenden!			

Beatmung seit	Datum:		Uhrzeit:		
Beatmungsstunden bis Anmeldung					
Beatmungszugang	<input type="checkbox"/> NIV	<input type="checkbox"/> Tubus	<input type="checkbox"/> Tracheotomie	<input type="checkbox"/> chirurgisch	<input type="checkbox"/> dilatativ
	seit:				
Spontanatmungsfähig	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Dauer	_____Tage		_____Stunden		
SBT`s je am					
BGA:	paCO ₂ spontan:	paCO ₂ beatmet:	paO ₂ :	bei FiO ₂ :	
Laborbefunde	CRP:	Hb:	Kreatinin:		
Herz-Kreislauf-Komorbiditäten?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Katecholaminpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Problemkeime?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?		
Vigilanz?	<input type="checkbox"/> wach & adäquat	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> delirant	
Neurologische Defizite?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche:		
Dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Falls ja?	<input type="checkbox"/> chronisch		<input type="checkbox"/> akut		
Dekubitalulcera?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Devices					
<input type="checkbox"/> peripher venös	seit: _____	<input type="checkbox"/> ZVK	seit: _____		
<input type="checkbox"/> Dialysekatheter	seit: _____	<input type="checkbox"/> Thoraxdrainage	seit: _____		
<input type="checkbox"/> Blasendauerkatheter	seit: _____	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Blasenkateter seit: _____			
<input type="checkbox"/> arterielle Kanüle	seit: _____	<input type="checkbox"/> sonstiges			

- **Wir benötigen zur Aufnahme eine aktuelle PCR SARS-CoV-2 (nicht älter als 48h).**

Wir werden uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.

Sollte sich in dem Zeitraum bis zur Verlegung ein neuer Aspekt ergeben, bitten wir Sie, uns umgehend in Kenntnis zu setzen.