

**Intensiv-/Weaningstation**per FAX  
039483 706250

039483 70250



weaning@lungenklinik-ballenstedt.de

**Abteilung für Beatmungsmedizin und  
Pneumologische Frührehabilitation**  
Telefon 039483 700**Lungenklinik Ballenstedt/Harz  
GmbH**Robert Koch Straße 26-27  
06493 Ballenstedt

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.

**Überweisende Klinik:****Stempel:****Ansprechpartner:****Datum:****Telefon:**

<b>Patientenetikett</b>	<b>Größe</b>	<b>cm</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>kg</b>	<b>BMI:</b>	
	<b>Betreuung</b>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
	<b>Patientenverfügung:</b>		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
<b>Grunderkrankungen</b>						
<b>Beatmung in Folge von</b>						
<b><u>Achtung</u> bitte wenden!</b>						
<b>Beatmung seit</b>	Datum:			Uhrzeit:		
<b>Beatmungsstunden bis Anmeldung</b>						
<b>Beatmungszugang</b>	<input type="checkbox"/> NIV	<input type="checkbox"/> Tubus	<input type="checkbox"/> Tracheotomie		<input type="checkbox"/> chirurgisch	<input type="checkbox"/> dilatativ
	seit:					
<b>Spontanatmungsfähig</b>	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein		

<b>Dauer</b>	_____Tage		_____Stunden	
<b>SBT`s je am</b>				
<b>BGA:</b>	paCO <sub>2</sub> spontan:	paCO <sub>2</sub> beatmet:	paO <sub>2</sub> :	bei FiO <sub>2</sub> :
<b>Laborbefunde</b>	CRP:	Hb:	Kreatinin:	
<b>Herz-Kreislauf-Komorbiditäten?</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Katecholaminpflichtig?</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Problemkeime?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	
<b>Vigilanz?</b>	<input type="checkbox"/> wach & adäquat	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> delirant
<b>Neurologische Defizite?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche:	
<b>Dialysepflichtig?</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Falls ja?</b>	<input type="checkbox"/> chronisch		<input type="checkbox"/> akut	
<b>Dekubitalulcera?</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Devices</b>				
<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 Blasenkatheter 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.