


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:

Patientenetikett	Größe	cm	Gewicht:	kg	BMI:	
	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 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.