

**Patientenanmeldung Weaning**

Bitte faxen Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt an 0521 – 772 77545/ Tel.-Nr.: 0521 – 772 77541

Anmeldende Klinik \_\_\_\_\_

Ansprechpartner (Name) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

beatmet seit: \_\_\_\_\_

Beatmungszugang: Tubus Trachealkanüle ID\_\_\_\_\_

Tracheotomie am: \_\_\_\_\_  operativ  Punktion

Beatmungsform (Tag/ Nacht) \_\_\_\_\_

P<sub>insp</sub>/ IPAP \_\_\_\_ PEEP/ EPAP \_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_ AF \_\_\_\_ T<sub>insp</sub> \_\_\_\_

Spontanatmung  nein  ja, längste Phase \_\_\_\_\_

Erster Spontanversuch (SBT/ Datum): \_\_\_\_\_

Grund für den SBT-Abbruch: \_\_\_\_\_

pO<sub>2</sub> \_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_ pH \_\_\_\_ BE \_\_\_\_  spontan/  beatmet

Diagnose: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen \_\_\_\_\_

Aktuelle MiBi-Befunde \_\_\_\_\_

MRSA  4MRGN  3MRGN  C. diff.  VRE  TBC  andere: \_\_\_\_\_

Aktuelle Antibiose: \_\_\_\_\_

Katecholaminbedarf: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ HF: \_\_\_\_\_

Sonstige Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dialyse:  nein  ja →  CVVH/  HD  akute NI  chron. Terminale NI

Vigilanz (RASS)  -5  -4  -3  -2  -1  0  +1  +2  +3  +4

Kommunikation mit dem Patienten möglich:  ja  nein

Neurologische Defizite/ Psychiatrische Diagnose:

---

---

Mobilität:  bettlägerig  steht  läuft  mobil (Stuhl)  ICU-acquired Weakness  Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Wunde? Dekubiti? (Wo?): \_\_\_\_\_  benötigt Wechseldruckmatratze

Zugänge:  ZVK  Port  PVK  Drainage  
 Arterie  Shaldon  SPDK  PEG/ PEJ  Magensonde

Labor Leuko \_\_\_\_\_ CRP \_\_\_\_\_ PCT \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Krea \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_ K+ \_\_\_\_\_

Sonstiges:

Betreuung  Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung

Hausarzt: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Verlegung von Ihrer Seite sinnvoll/ möglich ab: \_\_\_\_\_

---

Datum/ Unterschrift