



Anmeldebogen für die Weaningstation / Intensivstation

Ansprechpartner

OÄ Frau Dr. U. Kreppein ☎ +49(0)2372/908-2548

OA Herr Dr. P. Litterst ☎ +49(0)2372/908-2545

Station ☎ +49(0)2372/908-2565

Per Fax bitte an ☎ +49 (0) 2372 / 908 – 9201

Verlegende Klinik	
Name	
Straße	
PLZ/Stadt	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	
eMail	

Patient			
Name			
Vorname			
Geb.-Datum			
Straße			
PLZ/Stadt			
Angehöriger			
Betreuung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Anthropometrische Daten	
Größe	
Gewicht	
BMI	

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme	
Selbständig	
Angehörige	
Pflegedienst	
Pflegeeinrichtung	

Diagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Therapien (Op. etc.)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Stationärer Verlauf			
Aufnahme	Datum		
Intubation	Datum		
Tracheotomie	Datum		
	Perkutan	<input type="checkbox"/>	Chirurgisch
Spontanatmung	Seit		
	Dauer		
NIV	Seit		
	Dauer		

Aktueller Befund	
Wach	<input type="checkbox"/>
Kooperativ	<input type="checkbox"/>
Unkooperativ	<input type="checkbox"/>
Schläfrig	<input type="checkbox"/>
Komatös	<input type="checkbox"/>

Anmeldebogen für die Weaningstation / Intensivstation

Motivation	
Sehr gut	
Gut	
Mäßig	
Gar nicht	

Psychischer Zustand	
Normal	
Depressiv	
Suizidal	
Aggressiv	

Mobilität			
Bettlägrig		Bettkante	
Steht		Läuft	
Mobi-Stuhl			
Hilfsmittel			

Mikrobiologie			
MRSA	Ja		Nein
ESBL	Ja		Nein
MRSE	Ja		Nein
VRE	Ja		Nein
Sonstige			

Antibiotische Vorbehandlung	von	bis

Aktuelle Medikation			
Katecholamine	Ja		Nein

Aktuelles Labor			
CRP		Na	
Hb		Leucos	
Krea		Thrombos	
Harnstoff		Bili	
K		GPT	

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO ₂ / L O ₂ /min		
pO ₂		
pCO ₂		
pH		
BE		
SaO ₂		

Ventilatoreinstellung	
Modus	
Pinsp	
PEEP	
FiO ₂ /L O ₂ /min	
AF	
I:E	
Tinsp	

Zugänge			
Arterie	Ja		Nein
Venenzugang	Peripher		ZVK
Blasenkatheter	Transurethral		
	Suprabubisch		
Ernährung	MS		PEG

Sonstiges			
Dekubitus	Ja		Nein
Lokalisation			
Schluckstörung	Ja		Nein
Dialyse	Ja		Nein
	Passager		

Bemerkungen