

# Patientenanmeldung für invasive Beatmung und Beatmungsentwöhnung (Weaning)

Zertifiziertes Weaningzentrum der Dt. Ges. für Pneumologie und Beatmungsmedizin



Tel.: 07522-797-1237 Fax.: 07522-797-1308

Datum		Arzt/Ärztin	
Krankenhaus		Tel.:	Fax.:
Patient Name		Geb. Datum	Größe / Gewicht
<b>Diagnosen (+ Grund der Beatmung + OPs)</b>			
Beatmungsform (+ Druck, PEEP, FiO <sub>2</sub> )		BGA (pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> )	Spontanatmung (ohne Maschine) h/Tag? darunter pCO <sub>2</sub>
Beatmet seit		Beatmungszugang	
<b>Begleiterkrankungen / Vorerkrankungen:</b>			
Lunge (z.B. COPD, Fibrose, ARDS)			
Herz/Kreislauf (z.B. relevante KHK, Klappenerkrankungen, Pumpfunktion)		Katecholamine Nein, Ja, welche	Hb/Hkt.
Leber			
Niere (Crea, Hast.)		Dialyse/CVVHDF	
Diabetes		Insulin	
Neurolog. Status (Delir, neuromuskuläre Erkrankung, CIP, CIM)			
Mobilisierung		Dekubitus	
Sedierung			
Infektionsstatus; <b>Problemkeime?</b>		CRP	Derzeitige Antibiose
<b>MRE, MRSA, MRGN?</b> Ja <small>Bitte Keim angeben</small>		<b>➔</b>	<b>Wenn unbekannt bitte Screening !</b>
Nein <small>Gehabt und saniert??</small>			
Ernährung		Zugang (z.B. PEG)	
Venenzugang		Arterieller Zugang Ja Nein	Blasenkatheter Suprapubischer Katheter

Bitte ausgefüllt an obige Faxnummer senden und kurzen Telefonkontakt zu uns aufnehmen.  
Wir bedanken uns für gute Zusammenarbeit Ihr „Beatmungs- und Weaningteam“