

Anmeldung für Patient*innen für die Weaning Einheit

Fax-Nr. 0431 1697-4602
Tel. 0431 1697-4601

Angaben zum*zur Patient*in:

Vorname & Name

Geburtsdatum

Adresse

Anmeldung durch:

Name des Krankenhauses / Praxis

Ansprechperson

Telefonnummer

Aufnahmedatum des*der Patient*in

Hauptdiagnosen:

Wesentliche Vorerkrankungen:

Maßnahmen/OPs:

vorbestehende Heimbeatmung / Langzeit O2- Therapie (seit wann):

Weaningverlauf/-Probleme:

aktuelle Beatmungs-Einstellungen:

beatmet seit:	Tracheotomie: Datum	Dilatativ:	Plastisch:
Vigilanz:	Mobilisation:	Delir:	Ja Nein

Kreislauf: Katecholamine/Inotropika?

Niere (ankreuzen): keine VE komp. Niereninsuffizienz Dialyse/Hämofiltration

Ernährung (ankreuzen): enteral parenteral Ernährungssonde/PEG

Zugänge: Art, Datum

Multiresistente Erreger/Isolation wegen wo: Datum der Probe:

Covid 19 Abstrich: Datum Positiv Negativ

Vorsorgevollmacht/Betreuung: liegt vor nicht vor Patientenverfügung: Ja Nein

Name/Telefon des*der Betreuer*in/Bevollmächtigten:

Bitte CD mit Röntgenbildern und CTs bei Übernahme mitgeben oder ggf. Bilder via Chili-Server versenden