

Patientendaten

Datum: _____

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>
Wohnort			
Angehörige			
ges. Betreuer Bevollmächtigter		Telefon:	

Einweisende Einrichtung / Klinik

Einrichtung / Klinik	
Ansprechpartner	Telefon:

Aktueller Weaningverlauf

Zugrundeliegende Erkrankung/Beatmungsgrund	
Katecholamine <input type="checkbox"/>	
Dysphagie <input type="checkbox"/>	
Kostform	
Dialysepflicht <input type="checkbox"/>	Letzte Dialyse:
MRGN / MRSA / ESBL / Sonstige	

Beatmung

Beatmung	Invasiv <input type="checkbox"/>	Nichtinvasiv <input type="checkbox"/>
Beatmungszugang	Tubus <input type="checkbox"/>	Trachealkanüle <input type="checkbox"/>
Beginn der invasiven Beatmung		
Tracheotomie	Dilatativ <input type="checkbox"/>	Chirurgisch <input type="checkbox"/> Datum:
TK letzter Wechsel		
Sprechen	Sprechaufsatz <input type="checkbox"/>	Sprechkanüle <input type="checkbox"/>
Anzahl Spontanatmungsversuche		
1. Spontanatmungsversuch	Datum	Art
		Dauer Min
Aktuelle Spontanatmungszeit		
Extubationsversagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Beatmungsparameter	Modus	
	FiO2	AMV
	Pinsp	AF/min.
	PEEP	I:E

Zugänge

Art	Lage	Größe	Art	Größe
Arterie			DK	
ZVK			Suprap.DK	
Shaldon			MS	
Flexüle			PEG	
Sonstige			Sonstige	

Vigilanz	RASS:
Mobilität	
Decubiti ja / nein	Lage: Größe:
Sonstiges	

Aktuelle medikamentöse Therapie:

Aktuelles Labor

CRP	
HB	
Kreatinin	
sonstiges	

Aktuelle BGA spontan arteriell / kapillär

PCO2		pH		BE	
PaO2 / FiO2	/	HCO3		SaO2	

Letzte BGA unter Beatmung arteriell / kapillär

PCO 2		pH		BE	
PaO2 / O2L/min	/	HCO3		SaO2	

Herz/Kreislauf:

Patientendaten

Wohnung vor der akuten Erkrankung	
ECOG Performance Status vor der akuten Erkrankung	<input type="checkbox"/> 0: Normale Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> 1: Ambulante Betreuung, leichte Arbeit möglich <input type="checkbox"/> 2: Weniger als 50% am Tag bettlägerig <input type="checkbox"/> 3: Mehr als 50% am Tag bettlägerig. Begrenzte Selbstversorgung noch möglich <input type="checkbox"/> 4: Ständig bettlägerig
Rauchen (Pack years)	Zeitraum (Jahre): Anzahl (Stück) pro Tag:
Frühere invasive Beatmung	Ursache: Datum:
Relevante Komorbiditäten, Herz-Kreislaufkrankungen/-Status	
Größe: cm	Gewicht: kg

Sonstiges:

BITTE ÜBERSENDEN SIE DIE LETZTEN ARZTBRIEFE!

Unterschrift