



Weaning-Übernahmeformular

Verlegende Klinik

Klinik

Ansprechpartner:in

Telefon

Daten Patient:in

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

männlich

weiblich

divers

Geboren am

Alter

Gewicht

kg

Größe

cm

Name, Telefonnummer Angehörige:r

Betreuung eingerichtet

Nein

Ja

Name

Telefon

Versorgungsstatus vor Krankenhausaufnahme

Selbstständig

Angehörige:r

Pflegedienst

Pflegeeinrichtung

Aktueller Befund

Wach

Kooperativ

Unkooperativ

Komatös

Schläfriger

Sediert

Nein

Ja, mit

Hauptdiagnose (führende Ursache der Beatmung)

Nebendiagnosen/Therapien (OP, etc.)

NIV seit

Stationärer Verlauf

Aufnahme (Datum)

Intubation (Datum)

Tracheotomie (Datum)

Dilatativ

Chirurgisch

1. SBT*** (Spontanatmungsversuch) (Datum)

(Feuchte Nase, Sprechventil oder CPAP/ASB mit Tubuskompensation)

Bisherige SBTs (Anzahl)

Spontanatmung (Dauer)

min

Std.

Antiinfektive Vorbehandlung

von/bis

von/bis

von/bis

von/bis

von/bis

Motivation

Sehr gut

Gut

Mäßig

Gar nicht

Psychischer Zustand

Normal

Depressiv

Suizidal

Aggressiv

Mobilität

Bettlägerig

Steht

Mobi-Stuhl

Hilfsittel

Bettkante

Läuft

Mikrobiologie

MRSA	Ja	Nein
MRGN	3 4	Ja Nein
MRSE	Ja	Nein
VRE	Ja	Nein
Sonstige		

Medikation

Bitte übersenden Sie mit der Anmeldung einen aktuellen Bundesmedikationsplan

Katecholamine

Noradrenalin	µg/kg/min
Dobutamin	µg/kg/min
Vasopressin	IE/h

Aktuelles Labor

CRP	Na
Hb	Leucos
Krea	Thrombos
Harnstoff	Bili
K	GPT

Aktuelle BGA

Spontan Beatmung

F_iO₂ oder O₂ in l/min

pO₂ kPa mmHg

pCO₂ kPa mmHg

pH

BE

S_aO₂ %

Ventilatoreinstellung

Modus

P_{insp}

PEEP

F_iO₂ oder O₂ in l/min

AF

I:E

T_{insp}

Dialyse

Ja Nein

Wenn Ja:

kontinuierlich

intermittierend

täglich

Mo-Mi-Fr

Di-Do-Sa

Anderer Rhythmus:

Zugänge

Arterie Ja Nein

Venenzugang Peripher ZVK

Blasenkatheter Transurethral
Suprapubisch

Ernährung oral MS

PEG parenteral

Sonstiges

Dekubitus Ja, Lokalisation Nein

Grad 1 2 3 4

Schluckstörung Ja Nein

Bemerkungen

Datum

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Bitte schnellstmöglich ausfüllen und inklusive Radiologiebefunde zurücksenden an:

Telefax: (0361) 781-2057 | E-Mail: ef-weaning@helios-gesundheit.de