

Anmeldung zum stationären Weaning

Patientenaufkleber oder

Anmeldende Klinik:	Name
Behandelnder Arzt / Ärztin:	Vorname
Ihre Telefonnummer:	Geboren
Ihre Fax Nummer:	Wohnort
Betreuung / Angehörige:	
Patientenverfügung / General- und Vorsorgevollmacht vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebensverlängerte Maßnahmen erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Größe in cm:	Gewicht in kg:
Katecholaminbedarf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktuelle respiratorische Situation:
Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Tubus <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Spontan
Nierenersatzverfahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> NHF <input type="checkbox"/> O ₂ -Brille
Wenn ja, welches _____	<input type="checkbox"/> Chirurgisches Tracheostoma am _____
	<input type="checkbox"/> Punktions-Tracheostoma am _____
	<input type="checkbox"/> Intubation am _____
Beatmungsmodus aktuell: _____	
Beatmung seit wann:	
(Assist.) Spontanatmung _____h/Tag	
Neurologischer Status: _____	
CPR: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sprachbarriere: _____	
Problemkeime nachgewiesen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Laufende Antibiose, Antimykotika, Virostatika:
Wenn ja, welche (bitte Befund beifügen):	
Dekubitus / Wunden /spez. Lagerung:	
Ernährung: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Aspiration Gefahr	
Wie weit ist der / die PatientIn mobilisiert?	
<input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> hoher Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> voll mobil	
Ggf. Kommentar:	
Ziel der Verlegung:	
Aufnahmediagnose:	
Ursächliche aktuelle Diagnose für die Beatmung:	
Gewünschtes Übernahmedatum:	Der Anmeldung bitte beifügen: Vorläufiger Arztbrief, aktuelle Labor- & mikrobiologische Befunde, aktuelle BGA

Tel. 05541 – 996 222 Fax 05541 – 996 659 E-Mail: weaning@k hmue.de

Nach Eingang Ihrer Anfrage werden wir uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen, um Details der Übernahme im persönlichen Gespräch zu vereinbaren.