

Patientenanmeldungsbogen Weaningzentrum der Universitätsmedizin Greifswald

Kontakt

24h-HOTLINE 03834 -86-80560 (Station) od. 80578 (Dienstarzt)
 FAX 03834 -86-80570
 E-MAIL innereb@med.uni-greifswald.de

Verlegende Klinik

Name:
 Ort:
 Ansprechpartner:
 Rückrufnummer: Fax:

Patientendaten

Name, Vorname:
 Geburtsdatum:
 Wohnort:
 Krankenkasse:

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme

☐ alleinlebend, selbstständig ☐ alleinlebend, Pflegedienst ☐ mit Angehörigen, selbstständig
☐ mit Angehörigen, pflegebedürftig ☐ Pflegeeinrichtung

Angehörige

Name:
 Telefonnummer:

rechtliche Vertretung und Ansprechpartner

gesetzliche Betreuung: ☐ ja ☐ nein Betreuer (Name/Telefon):
 Vorsorgevollmacht: ☐ ja ☐ nein
 Ehegattennotvertrag: ☐ ja ☐ nein

Ursache Beatmung

Hauptdiagnosen

Aktueller Befund

Aufnahmedatum:
 Datum Intubation:
 Datum Tracheotomie:
 Art der Tracheotomie: ☐ PDT ☐ chirurgisch ☐ kutanisert
 Beatmung seit:
 Außerklinisch beatmet: ☐ ja ☐ nein
 SBTs/Spontanatmung: ☐ ja ☐ nein

Stationärer Verlauf

Größe: Gewicht:
 voll orientiert: ☐ ja ☐ nein komatös/sediert: ☐ ja ☐ nein
 Delir: ☐ ja ☐ nein depressiv: ☐ ja ☐ nein
 Demenz: ☐ ja ☐ nein Hirnschaden: ☐ ja ☐ nein
 Dysphagie: ☐ ja ☐ nein
Mobilität
☐ bettlägerig ☐ Bettkante ☐ Mobilisationsstuhl ☐ Gangschule

Problemkeime

MRSA: ☐ ja ☐ nein VRE: ☐ ja ☐ nein 3MRGN/4MRGN: ☐ ja ☐ nein
 andere:

Dekubitus

Grad: ☐ nein Lokalisation:

Ernährung

☐ MS ☐ PEG ☐ oral ☐ parenteral ☐ jejunal

Dialysepflichtigkeit

☐ ja ☐ nein ☐ kontin. ☐ interm.

Beatmung

☐ CPAP/ASB ☐ BIPAP/ASB/Assist ☐ PSV
 P_{insp.}: PEEP: AF: I:E: FiO₂:

letzte BGA

spontan: pO₂: pCO₂: pH:
 Beatmung: pO₂: pCO₂: pH:

Letztes Labor

Leukozyten: Thrombozyten: Hb: CRP: Kreatinin: GFR:

Sonstiges

☐ Katecholamine

Gewünschter Aufnahmetagstermin:

Dringlichkeit:

☐ sofort (innerhalb 24 h)
☐ innerhalb von 48 h
☐ innerhalb von 7 Tagen
☐ elektiv