

ANMELDEBOGEN
für die Weaningstation Dill-Kliniken Dillenburg

Per Fax bitte an

02771 396-4455

Ansprechpartner

ÖÄ/OA

Tel: 02771 396-4806

Station 1.4

Tel: 02771 396-4450

Verlegende Klinik	
Name	
Straße	
PLZ/Stadt	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Patient				
Name				
Vorname				
Geb.-Datum				
Straße				
PLZ/Stadt				
Angehöriger				
Gesetzl. Betreuung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Anthropometrische Daten	
Größe	
Gewicht	
BMI	

Versorgungsstatus vor KH-Aufnahme	
Selbstständig	
Angehörige	
Pflegedienst	
Pflegeeinrichtung	

Diagnosen/Nebendiagnosen	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Therapien (OP, etc.)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Stationärer Verlauf			
Aufnahme	Datum		
Intubation	Datum		
Trachotomie		Perkutan	<input type="checkbox"/>
		Chirurgisch	<input type="checkbox"/>
Spontanatmung	seit		
	Dauer		
NIV	seit		
	Dauer		

Aktuelle Vigilanz	
Wach	
Kooperativ	
Unkooperativ	
Schläfrig	
Komatös	
Aktuelle Herz-Kreislaufparameter	
Herzfrequenz	
Blutdruck	

ANMELDEBOGEN

für die Weaningstation Dill-Kliniken Dillenburg

Motivation	
Sehr gut	
Gut	
Mäßig	
Gar nicht	

Psychischer Zustand	
Normal	
Depressiv	
Suizidal	
Aggressiv	

Mobilität			
Bettlägerig		Bettkante	
Steht		Läuft	
Mobi-Stuhl			
Hilfsmittel			

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

Antibiotische Vorbehandlung	von	bis

Aktuelle Medikation					
Katecholamine	Ja			Nein	

Aktuelles Labor			
CRP		Na	
Hb		Leucos	
Krea		Thrombos	
Harnstoff		Bili	
K		GPT	

Aktuelle BGA	Spontan	Beatmung
FiO ₂ /L O ₂ /min		
pO ₂		
pCO ₂		
pH		
BE		
SaO ₂		

Ventilatoreinstellung	
Modus	
Pinsp	
PEEP	
FiO ₂ /L O ₂ /min	
AF	
I:E	
Tinsp	

Zugänge					
Arterie	Ja			Nein	
Venenzugang periph.				ZVK	
Blasen-katheter			Transurethral		
			Suprpubisch		
Ernährung	MS			PEG	

Sonstiges				
Dekubitus	Ja		Nein	
Lokalisation				
Schluckstörung	Ja		Nein	
Dialyse	Ja		Nein	

Bemerkungen