

Anmeldung Weaningzentrum

Chefarzt: Prof. Dr. med. T. Fühner

Oberarzt: M. Putzier

Kontakt:

Tel.: 0511 / 927-4624

Fax: 0511 / 927-974600

E-Mail: weaning@krh.de

Anmeldende Klinik:		Patient/-in: (ggf. Aufkleber)	
Ansprechpartner:		Geburtsdatum:	
Tel.:		Anschrift:	
Fax.:		Krankenkasse	
Angehörige:		Tel.:	
Betreuer/-in:		Tel.:	
Welche Erkrankung führte zur Beatmung?		Welche relevanten Nebendiagnosen liegen vor?	
Beatmungszugang? ☐ Orotrachealer Tubus ☐ Nasotrachealer Tubus ☐ Dilatationstracheostoma ☐ Plastisches Tracheostoma		Seit wann ist der Patient invasiv beatmet? Intubation am.....Tracheostoma am:..... Beatmungsform: (z.B. BIPAP / (A)PCV / (A)VCV / ASV / CPAP)	
Wurden 3 Spontanatmungsversuche durchgeführt und wenn ja, wann?		Wenn ja, wie lange waren die Spontanatmungsversuche (Minuten/Stunden)?	
Wodurch ist das Weaningproblem bedingt?			Größe:.....cm Gewicht:.....kg
Kreislaufsituation: ☐ katecholaminfrei ☐ katecholaminpflichtig	Zugänge: ☐ ZVK, Ort: ☐ Arterie, Ort: ☐ pVK, Ort: ☐ andere:	Dialyse: ☐ intermittierend ☐ kontinuierlich ☐ Peritonealdialyse ☐ keine	Infektsituation: ☐ keine ☐ kontrolliert ☐ unkontrolliert ggf. Fokus:
Mobilisation: ☐ Bett ☐ Bettkante ☐ Sessel ☐ Stand ☐ gehfähig mit Hilfe	Vigilanz: ☐ klar ☐ wechselhaft ☐ durchgängig ☐ somolent ☐ komatös	Kommunikation: ☐ verbal ☐ nonverbal ☐ keine	Isolationspflichtige Keime: ☐ MRSA ☐ VRE ☐ ...MRGN ☐ andere: ggf. Fokus:
Laborparameter: Hb: g/dl Leukozyten: Tsd/ μ l Thrombozyten: Tsd/ μ l CRP: mg/l Kreatinin: mg/dl	Art. BGA ohne Beatmung: pCO ₂mmHg pO ₂mmHg bei Ltr. O ₂ /min.... pH..... BEmmol/l	Art. BGA mit Beatmung: pCO ₂mmHg pO ₂mmHg bei FiO ₂ pH..... BEmmol/l	
Ernährung: ☐ parenteral ☐ enteral via ☐ PEG ☐ PEJ ☐ nasogastr. Sonde ☐ oral: ☐ teil-kostaufgebaut ☐ voll kostaufgebaut		Dysphagie: ☐ ja / ☐ nein Decubiti / Hautdefekte / Wunden / Drainagen? ■Lokalisation:..... ■Lokalisation:..... ■Lokalisation:.....	

Bitte die Anfrage per Fax oder E-Mail zurücksenden. Noch Fragen? Rufen Sie uns gerne an!