

Anmeldung invasive Beatmungskontrolle

Chefarzt: Prof. Dr. med. T. Fühner

Oberarzt: M. Putzier

Kontakt:

Tel.: 0511 / 927-4624

Fax: 0511 / 927-974600

E-Mail: weaning@krh.de

Patient/-in:			
Geburtsdatum:		Größe:	Gewicht:
Adresse:		Wohnhaft: <input type="checkbox"/> Zuhause / <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	
Betreuer/-in:		Tel.:	
Angehörige:		Tel.:	
Pflegedienst:		Tel.:	
Hausarzt:		Anschrift:	Tel.:
Medizinischer Versorger:			
War der Patient bereits in unserer Behandlung?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Wenn „Nein“ bitte aktuellen Arztbrief anfügen)			
Welche Erkrankung führte zur Beatmung?			
Relevante Nebendiagnosen?			
Seit wann ist der Patient beatmet?	Beatmungsgerät:	Sauerstoff <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, l/min unter Beatmung, l/min in Ruhe,l/min unter Belastung	Tracheostoma? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> Dilatationstracheostoma <input type="checkbox"/> Plast. Tracheostoma
Trachealkanüle? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: ○ Typ: ○ Größe	Spontanatmung?Stunden/ Tag	Mobilität: <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Bis Bettkante <input type="checkbox"/> bettlägrig	Isolationspflichtige Keime: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ...MRGN <input type="checkbox"/> andere:
Bestehen aktuell Probleme mit der Beatmung?		Sonstige Hinweise / Anliegen?	

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

Zur stationären Aufnahme bitte Folgendes mitbringen:

- Beatmungsgerät inkl. Zubehör (Schlauchsystem; Warmluftbefeuchter; Netzteil; 2. Gerät, wenn vorhanden)
- Cough-Assist, wenn vorhanden
- Einweisung, Krankenkassenkarte, Medikationsplan, Pflegeüberleitbogen, Kopie Betreuung / Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung