

**ANMELDEBOGEN**

für die Weaningstation Dill-Kliniken Dillenburg

**Ansprechpartner**

OÄ/OA Weaning

Tel: 02771 396-4806

**Per Fax bitte an**

02771 396-4455

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"/>
	Datum	
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 <sub>2</sub> /L O <sub>2</sub> /min		
pO <sub>2</sub>		
pCO <sub>2</sub>		
pH		
BE		
SaO <sub>2</sub>		

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

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

Sonstiges				
Dekubitus	Ja		Nein	
Lokalisation				
Schluckstörung	Ja		Nein	
Dialyse	Ja		Nein	

Bemerkungen